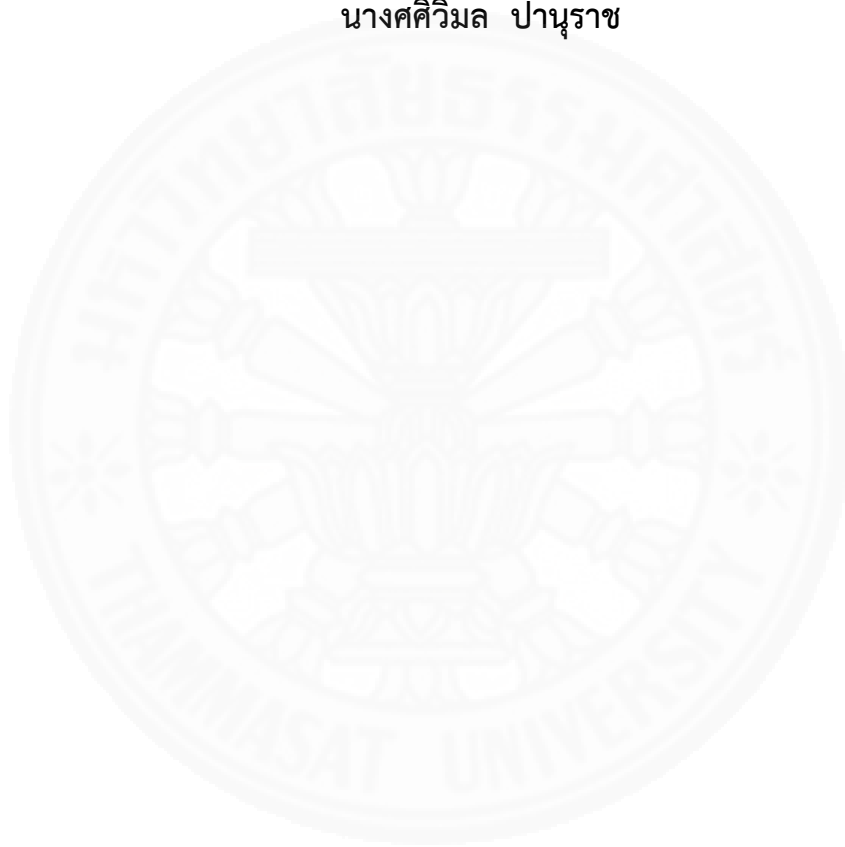


ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลใน
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

โดย

นางศศิวิมล ปานุราช



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

THE FACTORS RELATED TO NURSES' CARING BEHAVIORS IN
PROVIDING CARE FOR END-OF-LIFE PATIENTS

BY

MRS. SASIWIMOL PANURAJ



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS

FOR THE DEGREE OF NURSING SCIENCE

ADULT NURSING

FACULTY OF NURSING

THAMMASAT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2017

COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางศศิวิมล ปานูราช

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้าย

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2561

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อาจารย์ ดร.บวรลักษณ์ ทองทวี)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานันต์)

คณบดี

(ศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิษญู)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ชื่อผู้เขียน	นางศศิวิมล ปานูราช
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.บวรลักษณ์ ทองทวี
ปีการศึกษา	2560

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ซึ่งได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วย อายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของผู้ให้การดูแล กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงานและบรรยากาศองค์กร กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษ ในโรงพยาบาลเขตพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 จำนวน 295 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ให้การดูแล และ 5) แบบประเมินบรรยากาศองค์กร วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับของพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 118.4$, $S.D. = 14.8$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยภายในได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และคุณภาพชีวิตของผู้ให้การดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .177$, $p < 0.01$; $r = .163$, $p < 0.01$; $r = .244$, $p < 0.01$; $r = .270$, $p < 0.01$ ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยภายนอกพบว่าบรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .508$, $p < 0.01$)

สรุป กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระดับปานกลาง จึงควรมีแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4

คำสำคัญ: พยาบาล, พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Thesis Title	THE FACTORS RELATED TO NURSES' CARING BEHAVIORS IN PROVIDING CARE FOR END-OF-LIFE PATIENTS
Author	Mrs. SASIWIMOL PANURAJ
Degree	Master of Nursing Science
Major Field/Faculty/University	Adult Nursing Faculty of Nursing Thammasat University
Thesis Advisor	Assistant Professor Yaowarat Matchim, Ph.D., RN
Thesis Co-Advisor	Lecturer Borwarnluck Thongthawee, Ph.D., RN
Academic Years	2017

ABSTRACT

This descriptive study aimed: 1) to examine the level of nurses' caring behaviors in providing care for end-of-life patients; 2) to test the correlations among the internal factors, including age, length of time working in the nursing profession, length of time working in current wards, additional training, palliative care knowledge, nurses' quality of life, and nurses' caring behaviors in providing care for end-of-life patients; and 3) to test the correlations among the external factors, including having a palliative care team in the hospital, an organizational climate, and nurses' caring behaviors, in providing care for end-of-life patients. The participants in this study were 295 registered nurses working in medical wards, surgical wards, and private wards in Region 4 National Health Service Area hospitals. A simple random method was used to select hospitals at each level. Then proportionate sampling was used to select the nurses that met the inclusion criteria in each hospital. The instruments used for collecting the data included: 1) a demographic data form; 2) the Nurse's Caring Behavior for Dying Patients Questionnaire [NCBDPQ]; 3) the Palliative Care Quiz for Nurses [PCQN]; 4) the Professional Quality of life Scale [Pro-QOL Version 5], and 5) the Organization Climate Questionnaire. Descriptive statistics, all the which were used to

analyze the demographic data and the level of nurses' caring behaviors in providing care for end-of-life patients. Pearson's correlation and Spearman's correlation were used to analyze the relationships among the nurses' caring behaviors in providing care for end-of-life patients and their related factors.

The results showed that the participants had overall caring behaviors in providing care for end-of-life patients at a moderate level ($M = 118.4$, $S.D. = 14.8$). When considering each component, the participants had a moderate level for all components of their caring behaviors in providing care for these patients. In terms of internal factors, the nurses' age, length of time working in the nursing profession, palliative care knowledge, and the nurses' quality of life had a positive correlation with their caring behaviors in providing care for end-of-life patients ($r = .177$, $p < 0.01$; $r = .163$, $p < 0.01$; $r = .244$, $p < 0.01$; $r = .270$, $p < 0.01$, respectively). In terms of external factors, organization climate had a positive correlation with the nurses' caring behaviors in providing care for these patients ($r = .508$, $p < 0.01$).

The findings of this study revealed that the nurses had a moderate level of caring behaviors in providing care for end-of-life patients. Thus, enhancing the caring behaviors of nurses working in this area in providing care for end-of-life patients is needed.

Keywords: nurses, caring behaviors, palliative care patient

กิตติกรรมประกาศ

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความสนใจในตัวลูกศิษย์ รับฟังปัญหา ให้ความกรุณา ใส่ใจ แนะนำ ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและผลักดันในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ เปิดโลกทัศน์ใหม่ และประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้อีกมากมาย จนกระทั่งวิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จออกมาได้ อีกทั้ง อาจารย์ ดร.บรรลักษ์ ทองทวี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำที่ดีเสมอมา

ขอบพระคุณ กรรมการภายนอกสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต ที่สละเวลาและเดินทางมาสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และป้องกันวิทยานิพนธ์ และได้ให้คำแนะนำที่มีค่าที่จะทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ญฐวรรณ รักวงศ์ประยูร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปริญา แร่ทอง ผู้จุดประกายทำให้สนใจในองค์ความรู้ของ Palliative care และการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจ

ขอขอบคุณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่เปิดโอกาสให้เวลาและให้ทุนในการมาศึกษาต่อในครั้งนี้

ขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ในการให้ทุนสนับสนุนในการตีพิมพ์ผลงานวิจัย

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล ผู้ประสานงาน และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่เป็นโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างโดยได้ให้ความอนุเคราะห์ และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

ขอบคุณ เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงสามัญ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่ให้การสนับสนุน ทำให้การเรียนปริญญาโทครั้งนี้เกิดขึ้นและจบการศึกษาได้ และ ขอขอบคุณ คุณสิริษา ทันเจริญ รักษาการหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงสามัญ พ.ศ. 2558 ผู้สนับสนุนในการมาเรียนต่อในครั้งนี้

ขอบคุณ บิดา มารดา ที่ผลักดันให้มาเรียน ขอขอบคุณที่เลี้ยงลูกให้เวลาทำงานริบเร่ง และการสนับสนุนอื่น ๆ ขอขอบคุณน้ำ ๆ ที่ให้การสนับสนุนในการมาเรียนครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณ สามิ ผู้เป็นกำลังใจ และเป็นกำลังหลักสำคัญ ในทุกขั้นตอนของการศึกษาครั้งนี้

นางศศิวิมล ปานุราช

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญภาพ	(12)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	7
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	7
1.4 สมมติฐานการวิจัย	7
1.5 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	8
1.6 กรอบแนวคิดวิจัย	8
1.7 ขอบเขตการวิจัย	11
1.8 นิยามตัวแปร	11
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	16
2.1.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	16
2.1.2 ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	17
2.1.3 หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	22
2.1.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	25
2.2 การดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	25
2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบเอื้ออาทร	26
2.2.2 เครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร	29
2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร	30
2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล	31
2.3.1 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล	31
2.3.2 ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	33
2.3.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	33
2.3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	34
2.3.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	36
2.3.3 คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล	37
2.3.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล	37
2.3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.3.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลใน ฐานะผู้ให้การดูแล	42
2.3.4 บรรยากาศองค์กร	43
2.3.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับบรรยากาศองค์กร	43
2.3.4.2 เครื่องมือที่ใช้วัดบรรยากาศองค์กร	45
2.3.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบรรยากาศองค์กร	46
2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรม	47
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	49
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	51
3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	59
3.4 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	59
3.5 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	60
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	60
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	63
4.1 ผลการวิจัย	64
4.2 อภิปรายผลการวิจัย	71

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	86
5.1 สรุปผลการวิจัย	86
5.2 จุดเด่นในงานวิจัย	89
5.3 ข้อจำกัดในงานวิจัย	89
5.4 ข้อเสนอแนะ	90
รายการอ้างอิง	91
ภาคผนวก	105
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	106
ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	115
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการวิจัย	123
ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	132
ภาคผนวก จ หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	133
ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	136
ภาคผนวก ช ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร	149
ประวัติผู้วิจัย	160

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	65
4.2 คะแนนร้อยละเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำแนกโดยรวมและรายด้าน	67
4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	70

สารบัญภาพ

แผนภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	10



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยหรือมีภาวะเปราะบางทางสุขภาพ มักได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นให้พ้นอันตรายจากโรคที่เป็น (curative & life prolonging Care) แต่ในกรณีที่การเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ พยาธิสภาพของโรคมีความก้าวหน้ามากขึ้น และมีแนวโน้มจะมีชีวิตอยู่ได้ในเวลาที่จำกัดบุคคลจะอยู่ในระยะประคับประคอง โดยการป้องกันอาการของโรคที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และการลดความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของการรักษาที่ได้รับเป็นสิ่งสำคัญ การดูแลแบบประคับประคองเป็นรูปแบบของการดูแลเพื่อป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับปัญหาหรือความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ โดยให้ความสำคัญกับการประเมินสภาพ การลดความทรมานจากความเจ็บปวด การจัดการอาการและจัดการปัญหาอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (WHO, 2005) จากนั้นเมื่อภาวะของโรคก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ และมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน จึงจัดว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (Lamont, 2005) การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การบรรเทาอาการจากพยาธิสภาพของโรคที่ทวีความรุนแรงเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลแทนการรักษาให้หายจากโรค ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลง มีการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ต้องเผชิญกับอาการที่ไม่สุขสบายจากความเสื่อมของร่างกายที่เกิดขึ้นและสมรรถนะของร่างกายที่ลดลง พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทั้งอาการทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะสุดท้ายของชีวิตล้วนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัสทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว และหากความทุกข์ทรมานไม่ได้รับการจัดการจะส่งผลให้ตายไม่สงบ และแม้ว่าบุคคลนั้นจะจากโลกนี้ไปแล้ว บาดแผลและความปวดร้าวที่เห็นผู้ป่วยจากไปอย่างทุกข์ทรมานจะยังคงอยู่กับครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รักที่อยู่ข้างหลัง

พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งปฏิบัติงานที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดตลอดช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ทั้งในช่วงที่อาการสงบคงที่ หรือในช่วงที่อาการของผู้ป่วยแยลงเฉียบพลัน ในปัจจุบันผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักจะเสียชีวิตที่โรงพยาบาล การที่จะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลผู้ดูแลต้องเข้าใจความต้องการการดูแลของ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีทั้งการดูแลทั่วไป การดูแลเพื่อให้พ้นความทุกข์ทรมานด้านร่างกายซึ่งเกิดจากความทรมานจากการปวด และอาการรบกวนต่าง ๆ การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และการดูแลเพื่อให้ลดความทุกข์ทางใจจากความกลัว ความทรมานทรมายใจ โดยทั่วไปพยาบาลมีความรู้พื้นฐานการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม ซึ่งเป็นองค์ความรู้พื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาลแต่หลักการดังกล่าวไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากการเสียชีวิตที่ใกล้มาถึง ดังนั้นพยาบาลควรมีหลักการและพฤติกรรมในการดูแลที่สูงขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในการนี้การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นพฤติกรรมการดูแลที่สำคัญและจำเป็นที่พยาบาลซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมี เนื่องจากการดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการดูแลที่ไม่ได้มุ่งเน้นการใช้ความรู้ ความสามารถในการช่วยชีวิตขั้นสูง หรือใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ มาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้หายจากโรคที่เป็น แต่เป็นการให้การดูแลที่มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขมากที่สุดในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ (กิตติกร นิลมนันต์, 2555) มีความสุขสบาย และสามารถจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน ดังนั้นพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดี จึงควรมีความเอื้ออาทร และให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร

การดูแลแบบเอื้ออาทร เป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่เข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกัน มีการใส่ใจต่ออารมณ์ ความรู้สึก ให้ความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้ป่วย อาจแสดงออกทางคำพูด การสัมผัส กิริยาท่าทาง ตลอดจนสีหน้าแววตาของพยาบาลที่แสดงต่อผู้ป่วย (สิวลี ศิริไล, 2542) จากหลักการดังกล่าวจึงมีความสำคัญและพยาบาลผู้ดูแลจึงควรนำการดูแลแบบเอื้ออาทรมาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยระยะนี้มีภพหมดหวังในชีวิตจากเรื่องการรักษาให้หายหรือการฟื้นฟูสภาพ แต่ยังคงมีความหวังกับการได้รับการจัดการอาการ และการดูแลอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามหลักการดูแลแบบเอื้ออาทรนั่นเอง โดยผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงความเอื้ออาทรของพยาบาลจากอรรถาธิบายโดยตรง การดูแลเอาใจใส่ กิริยาท่าทางที่แสดงออก ตลอดจนการใช้ภาษา จากทฤษฎีของโรช (Roach, 2002) ซึ่งเป็นนักการศึกษาทางการพยาบาล ชาวแคนาดา ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบเอื้ออาทรว่า เป็นคุณลักษณะที่อยู่ในวิถีของความเป็นมนุษย์ (human mode of being) โดยมนุษย์จะมีความสามารถในการดูแลซึ่งกันและกัน วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพของผู้ที่มีความสามารถในดูแลบุคคลอื่น และบทบาทหน้าที่นี้มีการดูแลเป็นหัวใจหลัก โดยแสดงออกเป็นรูปธรรม คือ พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร หากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรส่งผลให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเกิดความสุขสบาย อ่อนโยน ใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่และตายดีตายสงบในที่สุด โรชได้อธิบายหลักการสำคัญในการดูแลแบบเอื้ออาทรไว้ว่า เป็นการดูแลที่เน้นการสร้างสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ปลอดภัย เกิดความพึงพอใจในชีวิต โดยการดูแลแบบเอื้ออาทรมี

คุณสมบัติที่สำคัญ 6 คุณลักษณะ เรียกคุณลักษณะเหล่านี้ย่อ ๆ ว่า 6C's ประกอบด้วย 1) ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) 2) ความสามารถ (competence) 3) ความเชื่อมั่น (confidence) 4) ความมีคุณธรรมจริยธรรม (conscience) 5) ความมุ่งมั่น (commitment) และ 6) ความประพฤติอย่างมีอาชีพ (comportment) หากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการพัฒนาตนเองให้มีคุณสมบัติครบตาม 6 คุณลักษณะของการดูแลแบบเอื้ออาทรย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเกิดความสุขสบาย อบอุ่นใจ และตายดีตายสงบในช่วงสุดท้ายของชีวิตในที่สุด

พฤติกรรมกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรทั้ง 6 คุณลักษณะข้างต้นมีความแตกต่างกันในพยาบาลแต่ละคน เนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลประกอบไปด้วย ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งปัจจัยภายใน หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลของพยาบาล ประกอบไปด้วย ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล (อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้าย การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย) ในส่วนของปัจจัยภายนอก หมายถึง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ บรรยาการองค์กรและการมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาล

ในส่วนของปัจจัยภายในที่กล่าวมาข้างต้น ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายจากโรคที่เป็นและทางจิตใจอันเกิดจากความกลัวที่ต้องพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักจากเวลาในชีวิตที่ใกล้จะหมดลงไปเรื่อย ๆ ดังนั้นนอกจากความรู้ทั่วไปทางการพยาบาลแล้ว พยาบาลที่ดูแลจึงต้องมีความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับการประเมินอาการและการจัดการอาการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีน้อย และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ ในการศึกษาของ เตชทัต อัครธนารักษ์ (2557) ซึ่งทำการศึกษาในพยาบาลจบใหม่พบว่า ความรู้ของพยาบาลจบใหม่อยู่ในระดับปานกลางและไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในประเทศไทยเพิ่งมีการบรรจุหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพียง 1-2 ชั่วโมงเท่านั้น และพยาบาลจบใหม่อาจยังไม่ได้มีการเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มเติมไปมากกว่าการเรียนระดับปริญญาตรี ดังนั้นความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พยาบาลจบใหม่มีจึงเป็นเพียงความรู้พื้นฐานในการให้การพยาบาลเท่านั้น อย่างก็ตามหากพยาบาลจบใหม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติม มีประสบการณ์

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนเรียนต่อหรือเข้าอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะทำให้พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น (Ayed, Sayej, Harazneh, Fashafsheh, & Eqtait, 2015; Bradley et al., 2002) และอาจส่งผลให้พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ โภคพลากรณ์ (Pokpalakorn, 2005) ที่ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลในพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างน้อย 1 ราย ซึ่งผลการศึกษาของ โภคพลากรณ์ (Pokpalakorn, 2005) พบว่า ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย จะเห็นได้ว่าจากทั้ง 2 ผลการศึกษา พบว่าความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาในบริบทที่แตกต่างกัน อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่เครือข่าย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล หมายถึง ความรู้สึกทั้งในด้านบวกและด้านลบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งความรู้สึกของพยาบาลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสำคัญมาก เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลผู้ดูแลต้องเผชิญกับความต้องการและผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และผลจากการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล โดยความรู้สึกในด้านบวกคือพยาบาลความรู้สึกพึงพอใจจากการได้ดูแลผู้อื่น และความรู้สึกในด้านลบคือพยาบาลมีความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้น หากผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็เป็นไปได้ว่า พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ในทางตรงข้ามหากพยาบาลมีความเหนื่อยล้าจากการดูแล พยาบาลอาจจะค่อย ๆ แยกตัวเองออกจากผู้ป่วย และไม่สามารถตอบสนองต่อการต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ (Coetzee & Klopper, 2010) ซึ่งความเหนื่อยล้าจากการดูแลจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ให้การดูแล พบการศึกษาของ โซคัมโกริและคณะ (Slocum-Gori, Hemsworth, Chan, Carson, & Kazanjian, 2013) ในประเทศแคนาดา พบว่าถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเหนื่อยล้าจะทำให้ความพึงพอใจในการดูแลต่ำ

พบว่าความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเหนื่อยล้าจากการดูแล ($r = -0.208$, $p < 0.001$) และพบว่า ในโรงพยาบาลหรือสถานบริการอื่น ๆ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีคะแนนของความเหนื่อยล้าจากการดูแลสูงที่สุดมากกว่าวิชาชีพอื่น ๆ ในประเทศไทยพบการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากการดูแลของ เจ๊ะเลาะ (Jehloh, 2014) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และมีบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ และความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของพยาบาล (Jehloh, 2014) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ยังไม่พบการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยทางด้านอายุและประสบการณ์หรือระยะเวลาการทำงานที่มากขึ้นมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพยาบาลที่มีอายุหรือประสบการณ์หรือระยะเวลาการทำงานที่มากส่งผลให้ พยาบาลเกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีทักษะจากประสบการณ์ที่มากขึ้น มีการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เหมาะสม (ทองทิพย์ พรหมศร, 2551; Abu Hasheesh, Al-Sayed AboZeid, Goda El-Zaid, & Alhujaili, 2014) และมีแนวโน้มที่พยาบาลที่มีอายุหรือประสบการณ์หรือระยะเวลาการทำงานที่มากจะมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่อายุหรือประสบการณ์หรือระยะเวลาการทำงานที่น้อยกว่า

การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรโดยพบว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรมแต่ในการศึกษาของ โภคพลากรณ์ (Pokpalakorn, 2005) พบว่า การฝึกอบรมหาความรู้เพิ่มเติมไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

นอกจากปัจจัยภายในที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ในส่วนของปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ บรรยากาศองค์กร (organizational climate) และการมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งบรรยากาศองค์กรเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมหลาย ๆ อย่างในองค์กร มีส่วนในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจของพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในองค์กร หากพยาบาลปฏิบัติงานอยู่ในสภาพแวดล้อม มีองค์ประกอบในการทำงานที่ดียอมทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี โดยบรรยากาศองค์กรตามแนวคิดของสตริงเกอร์ (Stringer, 2002) มี 6 องค์ประกอบ 1) โครงสร้าง (structure) 2) มาตรฐาน (standard) 3) ความรับผิดชอบ (responsibility) 4) การได้รับการยอมรับ (recognition)

5) การสนับสนุน (support) และ 6) ความยึดมั่นผูกพัน (commitment) หากว่าพยาบาลปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี พยาบาลจะเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่อยากปฏิบัติงานอยู่ในองค์กรนั้น ๆ และอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยในประเทศไทยมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับบรรยากาศองค์กรในมิติของพยาบาล พบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร (ภัทรพร ภัทรวลี, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และวรรณภา ประไพพานิช, 2558)

จากรายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2558 พบว่า ในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัด นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี สระบุรี ลพบุรี อ่างทองและนครนายก ซึ่งมีโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 59 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 10 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 แห่ง มี จำนวนวันนอนของผู้ป่วยใน 4,214,396 วัน จากผู้ป่วยในทั้งหมด 1,002,110 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558) ซึ่งตัวเลขดังกล่าวถือเป็นจำนวนวันนอนสูงที่สุดในเครือข่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั่วประเทศ แสดงให้เห็นว่าในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 มีผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยในและมีการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานกว่าเขตอื่น และอาจมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีมากกว่าเขตอื่น ๆ แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการพบว่า ยังมีข้อเสนอแนะของผู้รับบริการที่สะท้อนให้เห็นถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ที่ยังอยู่ในระดับต่ำและต้องมีการปรับปรุงแก้ไข (ตามพวรรณ คุณคำ และเบญจมาศ เป็นบุญ, 2555; ธนกร บุญส่งเสริมสุข, 2551; วัชรพล ทองหอม, 2552; วัลภา กลิ่นคล้ายกัน, 2552; วัลลภ สุธรรมาภรณ์, 2550) โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรผู้ให้การดูแลหลัก หรือการดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด

จากการทบทวนเอกสารและการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญ และมีปัจจัยหลายประการที่มีความเกี่ยวข้องประกอบกับในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาจมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าเขตบริการสุขภาพอื่น ๆ พยาบาลมีภาระงานที่หนัก และมีผลสะท้อนจากผู้รับบริการจากพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลที่ควรมีการปรับปรุง จากความสำคัญดังกล่าว จึงสนใจศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 ระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 อยู่ในระดับใด

1.2.2 ปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงานและบรรยากาศองค์กร กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4

1.3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงานและบรรยากาศองค์กร กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4

1.4 สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงานและบรรยากาศองค์กร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของ

พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4

1.5 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

1.5.1 ตัวแปรต้น (Independent Variables) ประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ของ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และปัจจัย ภายนอก ได้แก่ การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงาน และบรรยากาศองค์กร

1.5.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้แนวคิดของ ซิมมอน โรช (Sr. M. Simmon Roach, 2002) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย วราภรณ์ คงสุวรรณ และ ชุติพร พรหมพาหุล (2556) เป็น กรอบแนวคิด ที่อธิบายหลักการสำคัญในการดูแลแบบเอื้ออาทร โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ปลอดภัย เกิดความพึงพอใจ ในชีวิต มีการกำหนดคุณสมบัติของการดูแลแบบเอื้ออาทรไว้ 6 ลักษณะ 6C's ประกอบด้วย 1) ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) เป็นคุณสมบัติที่สะท้อนถึงความเอาใจใส่ของพยาบาลที่มีต่อ ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ ทั้งทางวัจนภาษาและอวัจนภาษา แสดงออก ถึงความเห็นอกเห็นใจ 2) ความสามารถ (competence) คือ ความรู้ความสามารถ ทักษะ ประสิทธิภาพในการดูแลและตัดสินใจ มีพลังและแรงจูงใจของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุม 3) ความเชื่อมั่น (confidence) เป็น คุณสมบัติที่แสดงว่าพยาบาลมีความมั่นใจในการดูแล ทำให้ผู้ถูกดูแลเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจ 4) ความมีคุณธรรมจริยธรรม (conscience) เป็นคุณสมบัติที่แสดงถึงการดูแลภายใต้ศีลธรรม ให้ คุณค่าในการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย ให้ความเสมอภาคและความยุติธรรม ให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกคนอย่าง เท่าเทียมกันไม่ขึ้นกับยศตำแหน่ง หรือเชื้อชาติ 5) ความมุ่งมั่น (commitment) คือความปรารถนา และตั้งใจกระทำการดูแลตามบทบาท ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องและจริงจังจน

บรรลุผลสำเร็จด้วยความเต็มใจ และ 6) ความประพฤติอย่างมีอาชีพ (comportment) เป็นคุณสมบัติที่แสดงออกให้เห็นถึงการตั้งใจดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ มั่นใจในการดูแล จากการแต่งกาย มีกิริยาท่าทาง น้ำเสียง การใช้ภาษาที่อ่อนโยน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงานและบรรยากาศองค์กร

กล่าวโดยสรุป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างกรอบแนวคิดจากการบูรณาการความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้แนวคิดของโรช (Roach, 2002) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย วราภรณ์ คงสุวรรณ และ ชุติพร พรหมพาหกุล (2556) เป็นพื้นฐานสำคัญ ส่วนตัวแปรต้นซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล นำมาจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งศึกษาบริบทที่แตกต่างกัน กรอบแนวคิดการวิจัยได้แสดงในแผนภาพที่ 1

ปัจจัยภายใน

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

- อายุ
- ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน
- การได้รับการอบรมเพิ่มเติม

ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- ด้านการจัดการกับอาการ
- ด้านความรู้ทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- ด้านความรู้ทั่วไป

คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล

- ความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่น
- ความเหนื่อยล้าจากการดูแล
 - ความเหนื่อยหน่าย
 - บาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น

ปัจจัยภายนอก

การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

บรรยากาศองค์กร

- โครงสร้าง
- มาตรฐาน
- ความรับผิดชอบ
- การได้รับการยอมรับ
- การสนับสนุน
- ความยึดมั่นผูกพัน

พฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทร (6C's)

1. ความเห็นอกเห็นใจ (compassion)
2. ความสามารถ (competence)
3. ความเชื่อมั่น (confidence)
4. ความมีคุณธรรมจริยธรรม (conscience)
5. ความมุ่งมั่น (commitment)
6. ความประพฤติอย่างมีอาชีพ (comportment)

แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.7 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงานและบรรยากาศองค์กร โดยทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

1.8 นิยามตัวแปร

1.8.1 พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

หมายถึง พฤติกรรมการดูแลที่พยาบาลให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวให้ผ่านความทุกข์ทรมานของกระบวนการสูญเสีย โดยพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร มีคุณลักษณะ 6 ประการ (6C's) ซึ่งพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมี ดังนี้ 1) ความเห็นอกเห็นใจ 2) ความสามารถ 3) ความเชื่อมั่น 4) ความมีคุณธรรมจริยธรรม 5) ความมุ่งมั่น และ 6) ความประพฤติดีอย่างมีอาชีพ โดยสามารถประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ โดยใช้แบบประเมิน Nurse's Caring Behavior for Dying Patients Questionnaire (NCBDPQ) ที่ พรหมพาหุกุล (Prompahakul, 2011) สร้างขึ้น ตามแนวคิดของ โรช (Roach, 2002) มีข้อคำถาม 40 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

1.8.2 ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามแนวคิดของรอสส์และคณะ (Ross, McDonald, & McGuinness, 1996) ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วย 2) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ สามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care Quiz for Nurses [PCQN]) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยรอสส์และคณะ (Ross, McDonald, & McGuinness, 1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย อีระชล สาทสิน (2559) ซึ่งมีการปรับให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลระยะสุดท้ายในประเทศไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มีคำตอบให้เลือกคือ ถูก ผิด และ ไม่ทราบ

1.8.3 คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล (The Professional Quality of Life) หมายถึง ความรู้สึกทั้งในด้านบวกและด้านลบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้การดูแลที่เป็นวิชาชีพ โดยคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลจากแนวคิดของ แสตัมป์ (Stamm, 2010) มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่น เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลในเชิงบวก หมายถึง ความสุขของผู้ให้การดูแลที่ได้ทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น รู้สึกดีเมื่อได้ช่วยเหลือบุคคลอื่น และ 2) ความเหนื่อยล้าจากการดูแล เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลในเชิงลบ หมายถึง ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ร่างกาย และจิตวิญญาณของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อันเนื่องมาจาก การที่พยาบาลต้องเผชิญและสัมผัสรับรู้ปัญหาและความทรมานของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งความเหนื่อยล้าจากการดูแล มี 2 องค์ประกอบย่อยคือ ความรู้สึกเหนื่อยหน่าย (burnout) และบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น (secondary traumatic stress) (Stamm, 2010) คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล สามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมิน The Professional Quality of Life Version 5 ซึ่งสร้างโดย (Stamm, 2010) สร้างเครื่องมือและผู้วิจัยได้ปรับให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลระยะสุดท้าย มีข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

1.8.4 บรรยากาศองค์กร หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่มีส่วนร่วมหรือมีผลในการปฏิบัติงาน ซึ่งสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการผสมผสานระหว่างบรรทัดฐาน คุณค่า ความคาดหวังนโยบายและแนวทางการทำงานที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของพยาบาลในองค์กร มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) โครงสร้าง 2) มาตรฐาน 3) ความรับผิดชอบ 4) การได้รับการยอมรับ 5) การสนับสนุน 6) ความยึดมั่นผูกพัน ประเมินโดยแบบสอบถามบรรยากาศองค์กรของสตริงเกอร์ (Stringer, 2002) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลระยะสุดท้ายโดย วารินา หนูพินิจ (2559) มีข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.9.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางที่จะพัฒนาพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

1.9.2 ด้านการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบโปรแกรมในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร บทความ รวมถึงงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- 2.1.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.1.2 ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.1.3 หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.1.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.2 การดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- 2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบเอื้ออาทร
- 2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร
- 2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล

- 2.3.1 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล
- 2.3.2 ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.3.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.3.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.3.3 คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล
 - 2.3.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล
 - 2.3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล
 - 2.3.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล
- 2.3.4 บรรยากาศองค์กร
 - 2.3.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับบรรยากาศองค์กร

2.3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินบรรยากาศองค์กร

2.3.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบรรยากาศองค์กร

2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรม



2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรคที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต รวมไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ เป็นการดูแลเพื่อบรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น (WHO, 2005) โดยแนวคิด หมายถึง ความคิดที่มีแนวทางปฏิบัติ หากพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน จะทำให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ ซึ่งเนื้อหาของแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุม ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.1.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบ มีการได้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลากหลาย ดังนี้

สมิธและโบเนต (1983) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่หมดหวังจะหายขาดจากโรค อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายด้วยวิธีใด ๆ อาการทรุดลงไปเรื่อย ๆ ร่างกายไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิม ๆ ได้ และเสียชีวิตในที่สุด

คณะกรรมการบริการสุขภาพแห่งชาติ ประเทศอังกฤษ [NHS] (2015) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ว่า คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่หมดหวังที่จะรักษา และอาจมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี

สันต์ หัตถิรัตน์ (2543) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่หมดหวัง เป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรค ทางกายหรือทางใจที่ไม่มีโอกาสจะพ้นความทุกข์ทรมานและไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

ดอยล์และคณะ (2005) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ว่า เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคที่กำลังมีการดำเนินของโรคและเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ (active, progressive disease) ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (life-threatening disease) การพยากรณ์โรคจำกัดสามารถคาดคะเนระยะเวลาที่จะเสียชีวิตได้ (limited prognosis)

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหมายถึง ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หมดยุติจากการหายขาดจากโรค รวมถึงสามารถคาดคะเนระยะเวลาที่จะเสียชีวิตได้

2.1.2 ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนล้วนต้องเผชิญคือ ความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายย่อมมีความต้องการในการจัดการกับอาการเหล่านี้ ดังนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องพึ่งพิงผู้ดูแลที่มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เกิดสุขสบายตามสภาวะที่สามารถเป็นได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน (ศรีเวียง ไพโจจน์กุล, 2553) นอกจากความต้องการทางด้านร่างกายและการจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ แล้ว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีความต้องการด้านจิตสังคม ความต้องการด้านจิตวิญญาณ และความต้องการด้านข้อมูล ส่วนครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็มีความต้องการการดูแลช่วยเหลือเพื่อเผชิญกับความยากลำบากและความเศร้าโศกจากการสูญเสียเช่นกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความต้องการทางด้านร่างกาย

สิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแทบทุกคนล้วนต้องประสบคือความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ อาการปวด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร วิตกกังวล ง่วงซึม เหนื่อยหอบ ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง เบื่ออาหาร เบื่อหน่าย ท้อแท้ (ศรีรัตน์ มากมาย, ฉัตรชัย สิริขยานกุล และธราณี สิริขยานกุล, 2556; อภิรติ ลดาธรรม, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และวันธนี วิรุฬห์พานิช, 2548) ดังนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีความต้องการในการจัดการกับอาการเหล่านี้ และจำเป็นต้องพึ่งพิงผู้ดูแลที่มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สุขสบาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน (ศรีเวียง ไพโจจน์กุล, 2553) โดยอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้แก่

1) ความปวด (pain)

อาการปวดเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเป็นอาการปวดแบบองค์รวม (total pain) คือเป็นการปวดแบบ somatic pain (ปวดจากการกระตุ้นตัวรับความปวดของโครงสร้างพื้นที่ผิวของร่างกาย) visceral pain (ปวดจากการกระตุ้นตัวรับความปวดของโครงสร้างส่วนลึก) และ neuropathic pain (ปวดทางระบบประสาท) ซึ่งความปวดเป็นผลลัพธ์ของการที่ร่างกายได้รับสิ่งเร้า ส่งผลต่ออารมณ์ที่ไม่สุขสบาย เกิดความขัดแย้งระหว่างบุคคล และการไม่ยอมรับความตายขึ้น โดยประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นนั้นส่วนหนึ่ง

เกิดจากการที่ผู้ให้การดูแลรักษาไม่เข้าใจในความปวดของผู้ป่วย ส่งผลให้การจัดการความปวดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีประสิทธิภาพจึงทำให้ผู้ป่วยเกิด total pain (Leleszi & Lewandowski, 2005) จะเห็นได้ว่าอาการปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถพบได้ถึงร้อยละ 46 - 60 ในเดือนสุดท้ายของชีวิต (Smith et al., 2010) และอาการปวดไม่ได้ส่งผลกระทบเพียงตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ความปวดยังส่งผลถึงครอบครัวของผู้ป่วยผ่านทางสีหน้า แววตา อากัปกิริยาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแสดงออกมาจากความทุกข์ทรมานจากความปวด ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจไม่ต่างจากตัวผู้ป่วยเอง

2) อาการหายใจลำบาก (dyspnea/breathlessness)

อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบงานวิจัยที่ศึกษาถึงปรากฏการณ์ ใน 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่าอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดโดยพบในเพศชายร้อยละ 90 และเพศหญิงร้อยละ 86 (Nordgren & Sorensen, 2003) โดยสาเหตุของอาการหายใจลำบากเกิดจาก 1) ความผิดปกติทางปอด 2) ความผิดปกติทางหัวใจและหลอดเลือด 3) ความผิดปกติทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ 4) ความผิดปกติของระบบโลหิตวิทยาหรือเมตาบอลิก 5) ความผิดปกติทางจิตใจและจิตวิญญาณ 6) ความผิดปกติอื่น ๆ (บุษยามาส ชิวสกุลยง, 2559) โดยผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากมักมีอาการกระสับกระส่าย ไม่สุขสบาย กระวนกระวาย หายใจไม่ออก ดังนั้นอาการหายใจลำบากจึงเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

3) อาการคลื่นไส้ ขย้อน อาเจียน (nausea retching vomiting)

อาการคลื่นไส้ ขย้อน อาเจียน เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยพบร้อยละ 62 ใน 1-2 เดือนสุดท้าย (Reuben & Mor, 1986) และพบอาการคลื่นไส้ ขย้อน อาเจียน ได้ถึงร้อยละ 71 ของสัปดาห์สุดท้ายของชีวิต (Fainsinger et al., 1991) โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ โดยแต่ละอาการสามารถแบ่งแยกออกจากกันได้ชัดเจน ผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงอาการเดียว หรือ 2 อาการ หรือเกิดขึ้นทั้ง 3 อาการโดยอาการคลื่นไส้ ขย้อน อาเจียนมักเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร การระคายเคืองบริเวณคอหอย ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ยา ความผิดปกติของการเผาผลาญ ปัสสาวะทางจิตใจและอารมณ์ สถานการณ์ชักนำ หรือเกิดจากการควบคุมการอาเจียนบริเวณก้านสมองถูกกระตุ้นจากสาเหตุต่าง ๆ หลายทางพร้อมกัน อาการคลื่นไส้ ขย้อน อาเจียน จะทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากขึ้นและเหนื่อยมากขึ้นรวมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นอาการคลื่นไส้ ขย้อน อาเจียนจึงเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

4) ความอ่อนล้า/อ่อนเพลีย (Fatigue)

ความอ่อนล้าเป็นหนึ่งในอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพบได้ร้อยละ 80 ในผู้ป่วยมะเร็ง และพบได้ถึงร้อยละ 99 ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี (Radbruch et al., 2008) เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้หมดแรง เหนื่อยล้าทั้งกายและใจ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดลง สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ความทนทานของร่างกายลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ (กรมการแพทย์, 2557; Radbruch et al., 2008; Stone & Minton, 2008) โดยความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะแบบค่อย ๆ เกิดขึ้นช้า ๆ โดยอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา ยาที่ใช้หรืออาจเกิดจากสภาพทางอารมณ์ จิตใจ หรือเป็นอาการที่สัมพันธ์กับอาการอื่น ๆ การรักษาอาการเหนื่อยล้าที่พบในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจทำได้เพียงบรรเทาอาการชั่วคราว โดยอาการอ่อนล้าจะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ขณะที่ผู้ป่วยกำลังเปลี่ยนผ่านจากระยะสุดท้ายเข้าสู่ระยะใกล้ตาย

5) อาการสับสนในระยะท้าย (Delirium in Terminal illness)

อาการสับสนเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 37 ที่มีอาการแสดงของอาการสับสนจะเสียชีวิตใน 6 เดือน (Whittamore et al., 2014) ซึ่งอาการสับสนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีลักษณะที่เกิดขึ้นโดยฉับพลัน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง มีช่วงเวลาอาการสับสนสงบสลับกำเริบ (อาทิตย์ ชัยธนสาร, 2559; Hospice Palliative Care, 2006) โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน ได้แก่ ยา การขาดยา การขาดน้ำ อาการปวด ตับหรือไตที่ทำงานผิดปกติ เกลือแร่ในเลือดผิดปกติ การติดเชื้อ ภาวะพร่องออกซิเจน เนื้องอกในสมอง โรคหลอดเลือดสมอง ความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน (อาทิตย์ ชัยธนสาร, 2559; Gagnon, 2008; Hospice Palliative Care, 2006; Morita, Tei, Tsunoda, Inoue, & Chihara, 2001) อาการสับสนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะนำมาซึ่งความวิตกกังวลและความทุกข์ทรมานของญาติ

6) อาการเบื่ออาหาร (anorexia) ภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก (cachexia)

อาการเบื่ออาหาร (anorexia) หมายถึงการรับรู้ของบุคคลถึงความรู้สึกสูญเสียความอยากอาหารและการรับประทานอาหารลดลงโดยไม่ตั้งใจเมื่อเปรียบเทียบกับภาวะปกติของบุคคลนั้น (กิตติกร นิลมานัต, 2556) ภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก (cachexia) หมายถึง ผู้ป่วยน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ร่วมกับมีภาวะลดลงของกล้ามเนื้อและไขมัน ภาวะอาการเบื่ออาหาร ภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก แม้ทั้ง 2 ภาวะนี้จะพบร่วมกันได้บ่อย แต่ก็พบได้เช่นกันว่าผู้ป่วยมีภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูกมานานก่อนที่จะมีอาการเบื่ออาหาร หรืออาจจะไม่พบร่วมกันเลยก็ได้ พบได้มากขึ้นเมื่อผู้ป่วยอยู่ในช่วงท้ายของโรค (ดาริน จตุรภัทรพร, 2558) โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งประมาณร้อยละ 20% ที่เสียชีวิตจากผลกระทบเบื่ออาหาร และภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก (Del Ferraro, Grant, Koczywas, & Dorr-Uyemura, 2012) ซึ่งกลไกที่เชื่อว่าจะทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร ได้แก่ inflammatory cytokines ไปกระตุ้น pro-opiomelanocortin system ทำให้ลดความอยากอาหารและกระตุ้นให้ร่างกายมีการใช้พลังงานมากขึ้น

การเสียสมดุลของสารสื่อประสาทที่อยู่ในบริเวณของ hypothalamus ที่ควบคุมอาการหิวและอิ่ม ซึ่งเป็นผลจากการอักเสบของร่างกาย (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559)

ความต้องการทางด้านจิตสังคม

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาทางด้านจิตสังคม เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านต่าง ๆ ได้แก่ สมรรถนะในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย บทบาทและสัมพันธภาพ การเปลี่ยนแปลงก่อให้เกิดความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล ความโกรธ ความเศร้า จากการมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง และมีความรู้สึกที่ไม่แน่นอนขึ้น (Page & Adler, 2008) ซึ่งไม่เพียงแต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่านั้น สมาชิกในครอบครัวล้วนได้รับผลกระทบและมีความต้องการทางด้านจิตสังคมเช่นกัน เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่คุกคามถึงชีวิตย่อมทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความกลัวที่จะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป พะวงเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเผชิญ ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของญาติจึงแทบไม่แตกต่างกับตัวผู้ป่วยเองเลย ยิ่งไปกว่านั้นยังมีโอกาสที่ครอบครัวจะเกิดความทุกข์มากกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hodges, Humphris, & Macfarlane, 2005) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีภาวะซึมเศร้าและอาการอื่นไม่พึงประสงค์อื่น ๆ (Kurtz, Kurtz, Given, & Given, 2004) และเนื่องจากการที่ญาติต้องมาดูแลผู้ป่วยอาจทำให้ญาติผู้ดูแลขาดรายได้ ส่งเสริมต่อความเครียดเช่นเดียวกัน (Page & Adler, 2008) ภาวะซึมเศร้า ความเครียดจากการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ปัญหาทางการเงิน การออกจากงาน ล้วนเป็นปัญหาทางด้านจิตสังคมทั้งสิ้น จากปัญหาข้างต้นสนับสนุนว่าทั้งผู้ป่วยและญาติต้องการการดูแลทางด้านจิตสังคม (Boberg et al., 2003; Champman & Rush, 2003; Eakin & Strycker, 2001)

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าความต้องการทางด้านอื่น ๆ เพราะผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการรับรู้ถึงความพรากจากสิ่งต่าง ๆ กำลังใกล้เข้ามาทุกขณะจิต ก่อให้เกิดความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเพื่อเติมเต็มสิ่งที่ค้างคาภายในจิตใจให้ลุล่วงไปก่อนความตายของตนจะมาถึง มีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยใกล้ตาย ที่รับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 19 คน พบว่าผู้ป่วยใกล้ตายรับรู้ถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของตนเองดังนี้ ความต้องการเกี่ยวกับศาสนา ได้แก่ ต้องการสวดมนต์ขอให้ตนเองเข้มแข็ง ต้องการอ่านคัมภีร์ทางศาสนา ต้องการใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ต้องการประกอบพิธีทางศาสนา ต้องการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ ทั้งบุคคลในครอบครัว เพื่อน ๆ เด็ก ๆ บุคคลทั่วไปและความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้นต้องการควบคุมตนเองได้ โดยเลือกหรือตัดสินใจในการดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ ต้องการมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ต้องการทำหน้าที่ของตนเองให้เสร็จเรียบร้อย ไม่ว่าจะเป็นธุรกิจ มรดก หรือความรู้สึกต่าง ๆ ที่ผ่านมาในอดีต ต้องการ

สัมผัสกับธรรมชาติ สามารถออกไปนอกบ้านได้ ชมความสวยงามของธรรมชาติได้ ต้องการพบเห็นแต่สิ่งที่ดี ๆ การพูดคุย การยิ้มแย้มแจ่มใส การให้กำลังใจ (Hermann, 2001) รวมถึงต้องการความรักและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ต้องการความหวัง ต้องการมีส่วนร่วมและควบคุมสถานการณ์ มองโลกในแง่ดีและคงไว้ซึ่งชีวิตด้านบวก ต้องการปฏิบัติตามความเชื่อและความศรัทธา ต้องการค้นพบความหมายและเป้าหมายชีวิตและสะสมงานภารกิจที่คั่งค้าง (กิตติกร นิลมานันต์, 2555)

ความต้องการทางด้านข้อมูล

การสื่อสารที่ดีเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการทบทวนวรรณกรรมพบการสังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 47 เรื่อง ของปาร์คเกอร์และคณะ (Grbich, Parker, & Maddocks, 2000) พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติมีความต้องการทางด้านข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลด้านระยะของโรค แนวโน้มการดำเนินโรคในอนาคต ระยะเวลาที่เหลืออยู่ ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติมีความต้องการทางด้านข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Grbich et al., 2000) ในผู้ป่วยและญาติที่อยู่ในภูมิภาคยุโรปหรือใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารพบว่าผู้ป่วยและญาติทั้งหมดมีความต้องการทางด้านข้อมูลระดับสูง (Meredith et al., 1996) ในงานวิจัยของ ฟาล์วเลอฟิลด์และคณะ (Fallowfield et al., 2002) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 1,046 คน พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีความต้องการข้อมูลอยู่ในระดับสูงไม่ว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นในด้านที่ดีหรือไม่ (Fallowfield et al., 2002) โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติมีความต้องการในการรับรู้ข้อมูลทางด้านความก้าวหน้าของโรค เช่น ผู้ป่วยที่ยังอายุน้อย ผู้ที่มีความหวังสูง ผู้ที่กำลังอยู่ในการศึกษาเล่าเรียน แต่ในงานวิจัยกลับพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็มีความกลัวหรือไม่อยากที่จะรับรู้ข่าวร้าย (Jones et al., 2004; Kirk, 2004) กล่าวโดยสรุปแล้วผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติล้วนมีความต้องการในข้อมูลของภาวะการณ์ของความเจ็บป่วย แม้ว่าอาจจะมีความแตกต่างในแต่ละภูมิภาคหรือวัฒนธรรม โดยต้องตระหนักว่าในแต่ละคนนั้นมีความเป็นปัจเจกบุคคลที่มีความสามารถในการรับข้อมูลข่าวสารแตกต่างกันทั้งช่วงเวลา และระดับของข้อมูลที่ได้รับ รวมทั้งการสื่อสารถึงข้อมูลอาจจะทำซ้ำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ข้อมูลที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติได้รับ ควรเป็นข้อมูลที่กระชับ ถูกต้องตามระยะของโรคที่ผู้ป่วยเป็น พยาธิสภาพของโรค อาการและการจัดการกับอาการ เพื่อผู้ป่วยและญาติจะสามารถนำข้อมูลที่ได้อามาตัดสินใจในการรักษา และเตรียมความพร้อมในการเสียชีวิต จัดการกับธุรกิจ และบอกลาบุคคลที่รัก สำหรับในผู้ป่วยที่ไม่อยากรับรู้ข้อมูลมาก แต่ผู้ดูแลต้องการข้อมูลอยู่ในระดับสูง เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับจิตใจ และรู้สึกมั่นใจว่าจะให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์เพื่อสนับสนุนบุคคลที่ตนรัก นั่นคือผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั่นเอง ผู้ให้บริการทางสุขภาพควรจะแสดงความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ มีความจริงใจ ผู้ให้บริการควรจะทบทวนว่าความเข้าใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติตรงกับสิ่งที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพบอกหรือไม่ ทั้งนี้การให้ข้อมูลควรพิจารณาแล้วว่ามีความเหมาะสมที่ผู้ป่วยและ

ญาติจะได้รับข้อมูล ผู้ให้บริการไม่ควรยึดเยียดข้อมูลให้หากผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติไม่พร้อม และนำสิ่งที่ต้องการบอกไปสื่อสารภายหลังเมื่อผู้ป่วยและญาติเกิดความพร้อม (Parker et al., 2007)

ความต้องการของครอบครัว

ช่วงเวลาผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต เป็นช่วงเวลาที่ครอบครัวเกิดความผันแปรของอารมณ์อย่างหนักหน่วง เนื่องจากครอบครัวต้องประสบกับความตายที่กำลังจะมาถึง พยาบาลจึงควรที่จะมีการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลควรเป็นสื่อกลาง หรือมีความสามารถในการสื่อสารที่จะบอกพยาธิสภาพของผู้ป่วยรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและเวลาที่เหลืออยู่ แนะนำการดูแลในระยะสุดท้ายที่เหมาะสม โดยให้ทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล การแจ้งข่าวร้าย สอบถามถึงภารกิจต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยค้างคั่งในใจ พยาบาลและครอบครัวควรประสานงานเพื่อ ทำภารกิจที่ค้างคาใจผู้ป่วยให้สามารถคลี่คลายได้ ปลอบประโลมญาติ แนะนำให้ญาติปรึกษาพูดคุยระบายความรู้สึกแก่กัน (ศรีเวียง ไพโจจน์กุล, 2553)

สรุปได้ว่า สิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแทบทุกคนล้วนต้องประสบคือความทุกข์ทรมานทางด้านต่าง ๆ และมีความต้องการในการจัดการกับอาการเหล่านี้ และจำเป็นต้องพึ่งพิงผู้ดูแลที่มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สุขสบาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน (ศรีเวียง ไพโจจน์กุล, 2553)

2.1.3 หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดและอาการทุกข์ทรมานต่างๆ สามารถอยู่กับความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดได้อย่างเป็นเรื่องปกติ ไม่รีบเร่งให้ความตายมาถึงก่อนกำหนด ให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าจนวันสุดท้ายของชีวิตและสามารถเตรียมตัวเผชิญกับความตายอย่างสงบถึงแม้ผู้ป่วยจะต้องทนทุกข์ทรมานก็ตาม เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์หรือ “ตายดี” ซึ่งหมายถึง การตายที่ปราศจากอาการทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษาซึ่งโดยทั่วไปควรเป็นไปตามควรประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ บนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์วัฒนธรรมและจริยธรรมที่ได้มาตรฐานและดีงาม ให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตและเลือกสถานที่ที่จะเสียชีวิต ลดจำนวนการรักษาที่ไม่จำเป็นและลดภาระของการดูแล (ฐิติณัฐ อัครเดชะอนันต์, 2559; Rome, Luminais, Bourgeois, & Blais, 2011; WHO, 2005) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้อธิบายหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ดังนี้

1) มุ่งให้มีความสุขสบายแก่ผู้ป่วย เน้นการดูแลที่ทำให้ปราศจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานหรือสามารถอยู่กับความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดได้อย่างเป็นเรื่องปกติ ผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลความสุขสบายของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ (ฐิติณัฏฐ์ อัครเดชนันต์, 2559, เต็มศักดิ์ พิงศ์มี, 2559)

2) ไม่มุ่งหวังที่จะเร่งรัดหรือยืดการตายออกไป แต่ให้การดูแลโดยใช้เวลาของชีวิตนั้นเป็นไปตามปกติที่ควรจะเป็น ช่วยประคับประคองให้ตายตามธรรมชาติ (ฐิติณัฏฐ์ อัครเดชนันต์, 2559)

3) เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์หรือ “ตายดี” ซึ่งหมายถึง การตายที่ปราศจากอาการทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษาซึ่งโดยทั่วไปควรเป็นไปตามควรประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ บนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์วัฒนธรรมและจริยธรรมที่ได้มาตรฐานและดีงาม (ฐิติณัฏฐ์ อัครเดชนันต์, 2559)

5) ผู้ป่วยและครอบครัวมีสิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ของตนเอง แนวทางการรักษา ข้อดีข้อเสีย และทรัพยากรต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษา ผู้ป่วยรับรู้เรื่องความเจ็บป่วย และได้รับการปฏิบัติตามเจตจำนงล่วงหน้าเรื่องการดูแลรักษาตนเอง ให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตและเลือกสถานที่ที่จะเสียชีวิต ลดจำนวนการรักษาที่ไม่จำเป็นและลดภาระของการดูแล รวมไปถึงการให้ความเคารพในค่านิยม ความเชื่อและศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการดูแลแบบผสมผสาน ร่วมกับการรักษาหลักอื่น ๆ ของโรค (ฐิติณัฏฐ์ อัครเดชนันต์, 2559; เต็มศักดิ์ พิงศ์มี, 2553; ปกรณ์ ทองวิไล, 2553)

6) ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และให้ความสำคัญกับความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของผู้ป่วย (ฐิติณัฏฐ์ อัครเดชนันต์, 2559; ปกรณ์ ทองวิไล, 2553)

7) ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการเมื่อยามจำเป็นได้อย่างทันท่วงที (ฐิติณัฏฐ์ อัครเดชนันต์, 2559; ปกรณ์ ทองวิไล, 2553)

8) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนได้รับบริการ ที่เท่าเทียมกันโดยไม่แยกเพศ วัย การศึกษา หรือเศรษฐกิจ (ปกรณ์ ทองวิไล, 2553)

9) ดูแลตามมาตรฐานจริยธรรม ได้แก่ เคารพสิทธิของ ผู้ป่วยในการตัดสินใจเพื่อตนเอง (autonomy) การกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (beneficence) หลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นโทษกับผู้ป่วย (non-maleficence) ยุติธรรมและเท่าเทียม (justice) ให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วย (truth telling) และรักษาความลับของผู้ป่วย (confidentiality) (ปกรณ์ ทองวิไล, 2553)

10) การทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ และมีการประสานงานกันของผู้ป่วยรวมไปถึงคนในครอบครัวของผู้ป่วย และสังคม ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันทบทวนและปรับแผนการดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ (ฐิติณัฐ อัครเดชนันต์, 2559; เต็มศักดิ์ พิงรัมย์, 2559; ปกรณ์ ทองวิไล, 2553)

11) การดูแลต้องมีความต่อเนื่อง ตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ที่เริ่มวินิจฉัยจนเสียชีวิต (ฐิติณัฐ อัครเดชนันต์, 2559; ปกรณ์ ทองวิไล, 2553)

12) แสวงหาความร่วมมือและทรัพยากรในชุมชนในการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย เช่น จิตอาสา เครือข่ายผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น (ปกรณ์ ทองวิไล, 2553)

13) จัดสภาพแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าชีวิตและศักดิ์ศรีของตนเอง ให้ความสำคัญกับความต้องการทางจิตสังคมและค้นหาภารกิจที่ยังไม่เสร็จสิ้น (unfinished business) รวมทั้งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2559)

14) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติให้เชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้งให้รู้สึกโดดเดี่ยว โดยจะมีพยาบาลอยู่เป็นเพื่อนจนกระทั่งเสียชีวิต (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2559)

และเมื่อมีสัญญาณชีพที่ใกล้จะเสียชีวิตเช่น ความดันโลหิตลดลง หายใจหอบเหนื่อย ชีพจรช้าลง ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติที่บ่งบอกถึงภาวะใกล้เสียชีวิต พยาบาลควรแจ้งให้ญาติผู้ป่วยทราบถึงอาการของผู้ป่วย ให้ญาติแสดงความรู้สึกหรือแสดงความต้องการ จัดสิ่งแวดล้อมให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายด้วยบรรยากาศที่เงียบสงบ แนะนำให้ญาติพูดในสิ่งดีๆ ไม่พูดในสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ และเมื่อผู้ป่วยจากไปควรใช้เวลาอยู่อยู่กับผู้ป่วยสักพักเพื่อบอกลา จากนั้นพยาบาลจึงเข้าไปทำความสะอาดร่างกายและดูแลความเรียบร้อย (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2559)

2.1.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพยาบาลมีบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินสภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล แผนการดูแลนั้นมีเป้าหมายเพื่อการบรรเทาอาการ หรือควบคุมความทุกข์ทรมาน และต้องพิจารณาตามลำดับความสำคัญ ความรุนแรงอาการ และความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลสามารถดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ในการตอบสนองด้านต่าง ๆ ความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น ดูแลการรับประทานอาหารและน้ำ ดูแลความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การป้องกันอันตราย การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม การดูแลเพื่อตอบสนองด้านจิตใจและอารมณ์ โดยพยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เข้าใจปฏิกิริยา

ของ ผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยและความตาย พยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรต้องมีความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย มีความอดทน และสังเกตด้วยความระมัดระวัง เป็นผู้ฟังที่ดี แสดงกิริยาตอบรับพอสมควร เปิดโอกาสและให้ความร่วมมือกับผู้ใกล้ชิดในครอบครัว ทำกิจกรรมตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม สังคม ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยเตรียมความพร้อมของญาติใน ครอบครัว ก่อนจะเข้าหาผู้ป่วยในวาระสุดท้าย และให้กำลังใจครอบครัวในการดำเนินชีวิตต่อไปแม้ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว (สุคนธ์ กุรัตน, พชร ภาระโซ และสุวิริยา สุวรรณโคตร, 2556)

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นถือว่าพยาบาลเป็นกำลังสำคัญหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง และอาชีพของพยาบาลมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการดูแลมากกว่าการรักษา โดยพยาบาลถูกปลูกฝังมาว่าให้ความสำคัญกับการดูแลแบบองค์รวม โดยให้ตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ด้วยกระบวนการทางการแพทย์พยาบาล (เต็มศักดิ์ พิงรัมย์, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีดังนี้ บทบาทเป็นผู้ให้การดูแลโดยตรง บทบาทการเป็นผู้พัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้ บทบาทด้านการสื่อสารและให้คำปรึกษา บทบาทการเป็นผู้ประสานการดูแลและทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายดูแล บทบาทการเป็นผู้ร่วมให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม บทบาทการเป็นผู้นำการยกระดับคุณภาพการดูแล บทบาทการเป็นผู้จัดการผลลัพธ์และประเมินผลลัพธ์ บทบาทการเป็นผู้พัฒนาระบบการจัดการดูแล บทบาทการเป็นผู้พัฒนาคุณภาพการดูแลโดยการทำโครงการพัฒนาคุณภาพการดูแล บทบาทเรื่องการเตรียมตัวตาย บทบาทด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณ การจัดสิ่งแวดล้อม และบทบาทการดูแลครอบครัวในระยะเศร้าโศกภายหลังการเสียชีวิต (กิตติกร นิลมานันต์, 2555; จอนณะจง เพ็งจาด, 2557; พิกุล พรพิบูลย์, 2559)

2.2 การดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ที่ผ่านมาผู้ให้ความหมายของการดูแลแบบเอื้ออาทรมาอย่างหลากหลาย ซึ่งการดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นคำที่ใช้มานาน มีหลากหลายมุมมอง ซึ่งการดูแลเป็นแก่นของวิชาชีพพยาบาล นอกจากนี้การดูแลยังเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ที่จะขาดไม่ได้ มนุษย์ต้องการที่จะให้ผู้อื่นดูแล และพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ถูกเรียกร้องให้มีการดูแลต่อบุคคลอื่นมากที่สุด (สุภาพร ดาวดี, 2548) นอกจากนี้ สิวลี คีรีโล (2542) ได้อธิบายไว้ว่า สิ่งที่สำคัญระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยคือ ความสัมพันธ์ที่เอื้ออาทรต่อกัน ความเอื้ออาทรคล้ายคลึงกับการทำให้อบอุ่นใจแต่มีความหมายลึกซึ้งกว่า ซึ่งความเอื้ออาทรเกิดขึ้นจากการที่พยาบาลตระหนักถึงคุณค่าของความเป็นคนและความเข้าใจในชีวิตมนุษย์ ก่อให้เกิดความ

ปรารถนาที่ดีต่อกัน ความรู้สึกเอื้ออาทรต่อกันระหว่างบุคคลเป็นความรู้สึกที่ยากแก่การอธิบาย และการแสดงออกของความเอื้ออาทร คือ ความอ่อนโยน ความเคารพต่อการเป็นตัวของตัวเองของผู้ป่วย ความห่วงใย การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเอื้ออาทรก่อให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคย เป็นกันเอง และอบอุ่นใจ แก่ผู้ป่วย (สิวลี ศิริไล, 2542)

2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบเอื้ออาทร

การดูแลเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของวิชาชีพพยาบาล (Nascimento & Erdmann, 2009) มีนักวิชาการได้ให้ความสนใจในการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการดูแล และนำเสนอไว้ในรูปแบบของแนวคิด และทฤษฎีต่าง ๆ โดยมีการให้ความหมายของการดูแลไว้เหมือนและแตกต่างกันตามองค์ประกอบและที่มาของการศึกษาทฤษฎีนั้น ๆ

ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1988) ให้ความหมายของคำว่า การดูแลแบบเอื้ออาทรหมายถึง การปฏิบัติการช่วยเหลือ การสนับสนุน คำจุน การอำนวยความสะดวกและการสร้างความสามารถให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนตามความต้องการเพื่อปรับปรุงหรือคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี มีแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุก

สเวนสัน (Swanson, 1999) ให้ความหมายว่า การดูแล เลี้ยงดูเอาใจใส่ หนุนนอม ปกป้อง ต่อบุคคลอื่น เพื่อเสริมสร้างหรือพัฒนาให้บุคคลนั้นเกิดคุณค่าหรือความสามารถของบุคคลนั้น กระทำโดยผู้ที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบต่องานของตน

วัตสัน (Watson, 1979) อธิบายว่าการดูแลเป็นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ และการพยาบาลคือศาสตร์แห่งการดูแลมนุษย์ (human caring science) เป้าหมายของการดูแลคือการช่วยเหลือบุคคลให้ค้นพบภาวะดุลยภาพ (harmony) ของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ การดูแลเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยผู้ป่วยและพยาบาลจะมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยต่างฝ่ายต่างเข้าใจถึงความรู้สึกของกันและกัน

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้หรืออ้างถึงบ่อยในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลในระยะสุดท้ายคือ การดูแลแบบเอื้ออาทรตามแนวคิดของโรช (Roach, 2002) ซึ่งเป็นหรือแม่ชี แมรี ซิมมอน โรช (Sr. Mary Simmon Roach) และเป็นนักการศึกษาทางการพยาบาล ชาวแคนาดา โรชได้อธิบายหลักการสำคัญในการดูแลแบบเอื้ออาทร ไว้ว่า การดูแลแบบเอื้ออาทรว่า เป็นคุณลักษณะที่อยู่ในวิถีของความเป็นมนุษย์ (human mode of being) มนุษย์จะมีความสามารถในการดูแลซึ่งกันและกัน วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพของผู้ที่มีความสามารถในดูแลบุคคลอื่น โดยบทบาทหน้าที่นี้มีการดูแลเป็นหัวใจหลัก และเป็นการดูแลที่เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ปลอดภัย เกิด

ความพึงพอใจในชีวิตโดยการดูแลของพยาบาลสามารถแสดงออกมาเป็นรูปธรรม คือ พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการดูแลแบบเอื้ออาทร

ในปี 1987 โรช ได้ระบุคุณสมบัติพฤติกรรมที่จำเป็น 5 ด้านของผู้ที่จะสามารถให้การดูแลแบบเอื้ออาทร (Roach' five Cs of caring model, 1987) ได้แก่

- 1) พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลด้านความเห็นอกเห็นใจ (compassion)
- 2) พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลด้านความรู้ความสามารถ (competence)
- 3) พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลด้านความไว้วางใจ (confidence)
- 4) พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลด้านการมีจิตสำนึกทางจริยธรรม (conscience)
- 5) พฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลด้านความยึดมั่นผูกพัน (commitment)

และต่อมาในปี 2002 โรชได้ปรับปรุงแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร และได้ระบุพฤติกรรมการดูแลที่จำเป็นของผู้ที่จะสามารถให้การดูแลแบบเอื้ออาทรเพิ่มเติมเป็น 6 ด้าน (Roach, 2002) ทั้งนี้โรชได้เพิ่มเติมคุณลักษณะ ความประพฤติอย่างมีอาชีพ (comportment) เข้ามา ซึ่งการพัฒนาจาก 5C's เป็น 6C's มาจากการที่โรชตั้งคำถามว่าพยาบาลจะทำอะไรเมื่อตัวพยาบาลเองจะทำการดูแลผู้อื่น หากพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลโดยมีคุณลักษณะของโรชมาเป็นตัวกำหนด พฤติกรรมการให้การดูแลจะทำให้พยาบาลมีแนวทางในการให้การดูแลผู้อื่นอย่างเหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรได้แก่ การใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วย ตรวจสอบข้อมูล ใช้ความรู้ความสามารถที่พยาบาลมีมาให้การดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีอาชีพ ให้ความเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่จริงใจ รวมไปถึงการแต่งกาย การใช้ภาษาที่บ่งบอกถึงความเป็นมืออาชีพในการให้การพยาบาล โรชได้จัดหมวดหมู่คุณลักษณะของพฤติกรรมการดูแลเหล่านี้ และเรียกย่อ ๆ ว่า 6C's ประกอบด้วย

1) ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) เป็นคุณสมบัติที่สะท้อนถึงความตระหนักของพยาบาลที่พึงมีต่อบุคคลที่ตนดูแล โดยในบริบทของการดูแลในระยะสุดท้ายพยาบาลมีความเอาใจใส่ต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ สัมผัสผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติพยายามสื่อออกมาและแสดงออกโดยการกระทำพฤติกรรมการดูแลและแวตาให้ผู้ป่วยและญาติเห็นว่าพยาบาลมีความเมตตา มีความเห็นอกเห็นใจ

2) ความสามารถ (competence) เป็นสภาวะที่สะท้อนว่าพยาบาลมีความรู้ความสามารถ ทักษะ ประสบการณ์ในการดูแลและตัดสินใจ มีพลังและแรงจูงใจในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ สามารถแก้ไขปัญหาและให้การดูแลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุม ในบริบทของการดูแลในระยะสุดท้ายพยาบาลมีการขวนขวายหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจนำแนวปฏิบัติหรือผลงานเชิงประจักษ์มาใช้ในการ

ดูแลผู้ป่วย สามารถประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อที่จะดูแลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมานลดลง

3) ความเชื่อมั่น (confidence) เป็นคุณสมบัติที่แสดงว่าพยาบาลมีความมั่นใจในการดูแล ทำให้ผู้ถูกดูแลเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจ อาทิ ในบริบทของการดูแลในระยะสุดท้าย พยาบาลมีการแนะนำตัวเองต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติเกิดความไว้วางใจว่าพยาบาลสามารถให้ข้อมูลและเป็นที่ปรึกษาที่ดีได้

4) ความมีคุณธรรมจริยธรรม (conscience) เป็นคุณสมบัติที่แสดงถึงการดูแลภายใต้ศีลธรรม ให้คุณค่าในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ให้ความเสมอภาคและความยุติธรรม เข้าใจและยอมรับถึงความแตกต่างของความคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลโดยการที่พยาบาลเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย ในบริบทของการดูแลในระยะสุดท้าย พยาบาลให้ข้อมูลภายใต้ความเป็นจริงแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถวางแผนต่อไปได้ และให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกันไม่ขึ้นกับยศตำแหน่ง หรือเชื้อชาติ ศาสนา

5) ความมุ่งมั่น (commitment) เป็นคุณสมบัติที่แสดงถึงความปรารถนาและตั้งใจกระทำการดูแลตามบทบาท ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องและจริงจังจนบรรลุผลสำเร็จด้วยความเต็มใจ เช่น พยาบาลรักษาคำสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ บอกผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติว่าจะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเต็มที่ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นก็ตาม

6) ความประพฤติอย่างมีอาชีพ (comportment) เป็นคุณสมบัติที่แสดงออกให้เห็นถึงการตั้งใจดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ มั่นใจในการดูแล จากการแต่งกายที่เหมาะสม สุภาพ เรียบร้อย และมีกิริยาท่าทาง น้ำเสียงทุ้มต่ำ รวมถึงมีการใช้ภาษาที่อ่อนโยน สุภาพ ทอดเสียงยาวในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว (วรารณ คงสุวรรณ และชุลีพร พรหมพาหกุล, 2556) ทั้งยังแสดงความชื่นชมต่อครอบครัวหรือญาติที่ช่วยกันดูแลผู้ป่วย แม้ในกรณีที่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตลง พยาบาลก็สามารถควบคุมสีหน้าและน้ำเสียงให้ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตและญาติรู้สึกอบอุ่นใจได้

ดังนั้นจากแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของ โรซ (2002) จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับบริบทของการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลในระยะสุดท้าย โดยหากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรจะช่วยทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเกิดความสุขสบาย และอบอุ่นใจ และส่งผลให้ผู้ป่วยตายดีตายสงบในช่วงสุดท้ายของชีวิต

2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในงานวิจัยที่ผ่านมา จำนวน 3 เครื่องมือ ดังนี้

1) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรผู้ป่วยระยะสุดท้าย (the Caring Behaviors for Dying Patients scale [CDPs]) สร้างโดย สุภาพร ดาวดี (2551) มีข้อคำถาม 50 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มี 12 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวให้สุขสบาย 2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าตนเอง 3) เคารพผู้ป่วย 4) รักษาสัมพันธภาพที่ไว้วางใจกัน 5) ช่วยผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึก 6) สนใจผู้ป่วย 7) เอื้ออาทรอย่างจริงใจ 8) ช่วยเหลือในระยะต่างๆ ของกระบวนการความตาย 9) เคารพต่อความเชื่อของผู้ป่วย 10) เสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย 11) ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และ 12) ส่งเสริมการสื่อสารแบบประเมินนี้สร้างขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการดูแลของ จิน วัตสัน (Watson, 1996) มาผสมผสานกับกระบวนการตอบสนองต่อความสูญเสียของคูเบอร์ รอสส์ (Kubler-Ross, 1992) มีค่าความเชื่อมั่น .95 รายงานตามปัจจัยอยู่ระหว่าง .40-.87 (สุภาพร ดาวดี, 2551)

2) แบบสอบถามการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งสร้างโดย ทองทิพย์ พรหมศร (2551) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2005) มีข้อคำถาม 62 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.97 (ทองทิพย์ พรหมศร, 2551)

3) Nurse's Caring Behavior for Dying Patients Questionnaire (NCBDPQ) มีข้อคำถาม 40 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มี 6 องค์ประกอบ โดย พรหมพาทกุล (Prompahakul, 2011) สร้างขึ้นบนพื้นฐานของ Roach's Six Cs Caring Attributes (2002) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .97 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาใช้เนื่องจากสร้างบนพื้นฐานทฤษฎีของ Roach (2002) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการดูแลแบบเอื้ออาทรโดยตรง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ Nurse's Caring Behavior for Dying Patients Questionnaire (NCBDPQ) ประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากเครื่องมือ The NCBDPQ เป็นข้อคำถามที่ใช้ประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง และสร้างโดยใช้แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของ โรช สอดคล้องกับกรอบแนวคิดในงานวิจัยนี้

2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร

ที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในประเทศไทย 3 เรื่อง โดยแต่ละเรื่องมีบริบทที่ต่างกัน ได้แก่ งานวิจัยของ อารีญา คำนพาทอง (2552) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่ โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 217 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก อีกหนึ่งการศึกษาคือของ กุสุมา ปิยะศิริภักดิ์ (2545) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ กับการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์จำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรจากพยาบาลในระดับสูง และในงานวิจัยของ พรหมพาหกุล (2011) ซึ่งศึกษาระดับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในภาคใต้ของประเทศไทย โดยศึกษากับพยาบาลจำนวน 360 คน จากโรงพยาบาลทั่วไป 8 แห่งในภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในภาคใต้มีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ยกเว้นความสามารถ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าปัจจัยด้าน อายุ ประสบการณ์การทำงาน ความเครียดทางจริยธรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร และความรู้ตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร (Prompahakul, 2011) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังพบว่ยังไม่มีผู้ศึกษาในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยครองเตียงอยู่ในอัตราที่สูง ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยเหล่านี้ย่อมมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าการรักษาอยู่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจมีผลมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

2.3.1 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของพยาบาลมีผลกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้คนแตกต่างกันในเรื่องของความคิดและพฤติกรรม โดยที่คนที่มีอายุมากมักจะมีความระมัดระวัง ยึดถือการปฏิบัติ เนื่องจากมีประสบการณ์ในชีวิตมามากกว่าคนที่มีอายุน้อย โดยพยาบาลที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยกว่า (ณัฐสุตา สุจินันท์กุล, 2541; เตชทัต อัครนารักษ์, 2557; ทองทิพย์ พรหมศร, 2551; อรรถยา อมรพรหมภักดี, 2547; อารีญา ด่านผาทอง, 2552; Abu Hasheesh et al., 2014; Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000; White, Coyne, & Patel, 2001) อย่างไรก็ตามในผลการศึกษาของ โภคพลากรณ์ (Pokpalakorn, 2005) กลับพบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างแม้จะมีอายุที่เพิ่มขึ้น แต่พยาบาลให้ความสนใจ เกี่ยวเรื่องราวส่วนบุคคล สภาพแวดล้อม ความเชื่อ บรรทัดฐานและการให้คุณค่ากับสิ่งอื่น ๆ จึงทำให้ในการศึกษาของ โภคพลากรณ์ (Pokpalakorn, 2005) พบว่าอายุไม่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประสบการณ์หรือระยะเวลาการทำงาน พบว่า พยาบาลที่มีอายุงานมากจะมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่มีอายุงานน้อยกว่า (เตชทัต อัครนารักษ์, 2557; ทองทิพย์ พรหมศร, 2551; อรรถยา อมรพรหมภักดี, 2547; Ferrell et al., 2000) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารีญา ด่านผาทอง (2552) ที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน 31-40 ปี มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ 2-10 ปี และในการศึกษาของ ยี่สุน ใจดี (2540) พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปีมีการดูแลรายปัจจัยที่ดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานที่น้อยกว่า แต่ในผลการศึกษาของ ชาญด้วยวิทย์ และ โภคพลากรณ์ (Chanduyawit, 2002; Pokpalakorn, 2005) พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์มากไม่ได้มีพฤติกรรมการดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่มีประสบการณ์เคยให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายหลายคนจะให้การดูแลต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีกว่า เช่น

เดียวผลการศึกษาของภัทรพรและคณะที่พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่พยาบาลดูแลมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยพยาบาลที่เคยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาจำนวนมาก จะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีกว่าพยาบาลที่ไม่เคย หรือดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาน้อย (ภัทรพร ภัทรวลี และคณะ, 2558)

สถานที่ปฏิบัติงาน เนื่องจากหอผู้ป่วยแต่ละแผนกจะมีสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน ทั้งทางด้านบุคลากร ภาระงาน สภาพแวดล้อม แม้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หรือหอผู้ป่วยศัลยกรรมที่เป็นหอผู้ป่วยสามัญแต่ก็มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากลักษณะความเจ็บป่วยกับโรคทางอายุรกรรม และศัลยกรรมมีความแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงมักมีความพร้อมทางกาย และต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรม ในขณะที่ผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมเป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับรักษาด้วยการผ่าตัด หรืออยู่ในระยะหลังการผ่าตัดอาการจึงดีขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมจึงรับรู้พฤติกรรมการดูแลจากพยาบาลต่ำกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด่วนในแผนกศัลยกรรม (จิรา แก่นยะกุล, 2548) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมคิด จันทน์น่วม (2538) และอิชยา สุวรรณกุล และนนุช เชาวศิลป์ (2542) โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่ายพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมจะมีพฤติกรรมการดูแลต่ำกว่าแผนกอื่น ๆ และผลการศึกษาของ กุสุมา ปิยะศิริภณธ์ (2545) และ อรรถยา อมรพรหมภักดี (2547) พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไป นอกจากนี้ในการศึกษาของ วันทิวา วัฒนะโชติ (2540) ซึ่งศึกษาการสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายตามการรับรู้และการปฏิบัติงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานเรื่องการสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก ซึ่งในความจริงแล้วผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนักจึงมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่า และในการศึกษาของอารีญา ด่านผาทอง (2552) พบว่า พยาบาลที่อยู่ในหอผู้ป่วยพิเศษมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรดีกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ และหอผู้ป่วยไอซียู อย่างไรก็ตามมีบางผลการศึกษาพบว่าสถานที่ปฏิบัติงานไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแล (Chanduaywit, 2002)

การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะเป็น การเพิ่มพูนความรู้ของพยาบาลที่ปฏิบัติการ เนื่องจากในปัจจุบัน องค์ความรู้มีการพัฒนาและก้าวหน้าขึ้นเรื่อย ๆ มีการศึกษาของเฟอร์เรลล์และคณะ (Ferrell et al., 2000) พบว่า พยาบาลร้อยละ 72 ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพมากกว่า พยาบาลร้อยละ 28 ที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่นเดียวกับ

การศึกษาของ ขนิษฐาและคณะ (2554) พบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.8 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน สูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยของคะแนน การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 3 เดือนสูงกว่าหลังการอบรม 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามพบผลการศึกษาของ โภคพลากรณ์ (Pokpalakorn, 2005) ที่พบว่า การฝึกอบรมหาความรู้เพิ่มเติมไม่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยงานวิจัยดังกล่าวอธิบายเพิ่มเติมว่า เนื่องจากระยะเวลาการอบรมนั้นสั้นเกินไปจึงทำให้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติไม่เพียงพอ และไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การดูแลของพยาบาล

2.3.2 ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยทางด้านความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจึงได้ค้นคว้าหาข้อมูลในเรื่องเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

2.3.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลควรมีความรู้ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ (Ross, McDonald, & McGuinness, 1996) 1) ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วย โดยการที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการไม่สุขสบายนอกจากจะเป็นการทำให้พยาบาลรับรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเจ็บปวดทุกข์ทรมานแล้ว และเป็นการแสดงออกถึงการใส่ใจของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย โดยอาการที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ความปวด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ถ่ายเหลว ท้องผูก และการเป็นแผลกดทับ 2) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับปรัชญาและแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการที่องค์ความรู้ทางการพยาบาล หากปราศจากความรู้ของการดูแล ก็ถือว่าไม่ต่างกับความรู้ของสาขาวิชาชีพสุขภาพอื่น (วราภรณ์ คงสุวรรณ และชุลีพร พรหมพาหกุล, 2556) 3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ เมื่อบุคคลเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อแง่มุมทางสังคมของชีวิต โดยเฉพาะผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย ดังนั้นการประเมินทางด้านสังคม (social assessment) จึงมีความสำคัญ ทั้งทางด้านบทบาท สัมพันธภาพ ความต้องการทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

2.3.2.2 เครื่องมือประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบถึงระดับความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเชื่อว่าหากพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในภาวะความเจ็บป่วยทางด้านต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็น เท่ากับว่าพยาบาลก็น่าจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทร แต่หากพยาบาลมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลอาจมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบเครื่องมือประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 5 เครื่องมือ ได้แก่

1) แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้รับการพัฒนาโดยเมืองของความหวังศูนย์การแพทย์แห่งชาติ (COHNMC) โดยพบว่ามีผู้นำมาใช้ในงานวิจัย 3 เรื่อง ได้แก่ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ (แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา, 2551) “Thai nurses’ attitudes, knowledge, ethical dilemmas, and clinical judgment related to end-of-life care in Thailand (Manosilapakorn, 2003) และการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ (เดชทัต อัครนารักษ์, 2557) แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พัฒนาโดยศูนย์การแพทย์แห่งชาติ (COHNMC) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1999 มโนสิลปกร (Manosilapakorn, 2003) เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทย แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มี 4 ตัวเลือกโดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว โดยแบ่ง ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็น 5 ด้าน คือ หลักความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับความปวด การจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ข้อสรุปเกี่ยวกับการตาย ภาวะเศร้าโศก มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.61 (Manosilapakorn, 2003)

2) แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมของ ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำและคณะ (2554) และได้นำมาใช้ในงานวิจัย ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล (ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำและคณะ, 2554) ประกอบด้วยคำถาม 24 ข้อ ลักษณะเป็นแบบคำตอบ 4 ตัวเลือก ให้เลือกคำตอบที่ถูกข้อเดียว เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มี 3 ด้าน คือข้อคำถามเกี่ยวกับหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาการและการจัดการอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.59 (ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำและคณะ, 2554)

3) แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สร้างขึ้นโดย รสพร ประทุมวัน (2534) เครื่องมือนี้ได้ถูกนำมาใช้ในงานวิจัย 2 เรื่อง คือ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร ของ รสพร ประทุมวัน (2534) และ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร โศกพลากรณ์ (Pokpalagan, 2005) ข้อคำถามประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ 4 ตัวเลือก ให้เลือกคำตอบที่ถูกข้อเดียว เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มี 6 ด้าน คือ 1. วัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2. ขั้นตอนในการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3. การดูแลด้านร่างกาย 4. การดูแลด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ 5. การดูแลครอบครัวและสังคม 6. การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว และได้นำไปใช้ทดสอบกับ พยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .72 (Pokpalagan, 2005)

4) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care Quiz for Nurses [PCQN]) สร้างขึ้นโดยรอสส์และคณะ (Ross et al., 1996) และพบว่ามี การนำมาใช้ในหลายประเทศ เช่น งานวิจัยอาเยชและคณะ (Ayed, Sayej, Harazneh, Fashafsheh, & Eqtaït, 2015) โรนันโดและคณะ (Ronaldson, Hayes, Carey, & Aggar, 2008) บราซิลและคณะ (Brazil, Brink, Kaasalainen, Kelly, & McAiney, 2012) ในประเทศไทยพบงานวิจัยที่นำแบบประเมินนี้มาใช้คือ งานวิจัยเรื่องสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ธีระชล สาทสิน, 2559) โดยเครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย และผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื้อหาครอบคลุมปรัชญาการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย หลักการจัดการความปวด และอาการที่ไม่สุขสบายอื่น ๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว รวมถึงครอบคลุมการดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยองค์ความรู้ต่าง ๆ สอดคล้องกับหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองของแคนาดา (Canadian Palliative Care Curriculum)

แบบทดสอบนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มีคำตอบให้เลือกคือ ถูก ผิด และ ไม่ทราบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่รู้ได้ 0 คะแนน โดยข้อคำถามครอบคลุมความรู้ของพยาบาล 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วย 2) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ เป็นข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 10 ข้อ ข้อคำถามด้านบวกคือข้อ 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 20 ที่เหลือคือข้อคำถามด้านลบ รายละเอียดมีดังนี้ ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านการดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิต

วิญญาน ด้านการจัดการกับอาการ มีการนำแบบประเมินนี้ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.71 (ธีระชล สาทสิน, 2559)

5) The questionnaire on palliative care for advanced dementia (qPAD) (Long, Sowell, Hess, & Alonzo, 2012) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย ลองและคณะ (Long et al., 2012) ครอบคลุม 2 ด้าน คือความรู้และทัศนคติ ในการดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลระยะสุดท้าย โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย จำนวน 23 ข้อ และ ข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย จำนวน 12 ข้อ เคยนำไปใช้ในงานวิจัย ของนากานิชิและคณะ (Nakanishi & Miyamoto, 2016; Nakanishi, Miyamoto, Long, & Arcand, 2015) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 ในมิติของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย และ .83 ในมิติของข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (Long et al., 2012)

6) The palliative care knowledge test (PCKT) พัฒนาโดยนากาซาว่าและคณะ (Nakazawa et al., 2009) เป็นแบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของแพทย์และพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่นำเครื่องมือนี้ไปใช้ ได้แก่งานวิจัยของ พรีเมและคณะ (Prem et al., 2012) ,ซาโต้และคณะ (Sato et al., 2014) ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือก ถูก ผิด และ ไม่ทราบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่รู้ได้ 0 คะแนน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ 5 องค์ประกอบ คือ คำถามเชิงปรัชญา คำถามเกี่ยวกับความปวด คำถามเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก คำถามเกี่ยวกับปัญหาสภาพจิต คำถามเกี่ยวกับปัญหาระบบทางเดินอาหาร มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81

งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care Quiz for Nurses [PCQN]) ซึ่งสร้างขึ้นโดยรอสส์และคณะ เนื่องจากเป็นแบบประเมินความรู้ที่มีการนำไปใช้ค่อนข้างแพร่หลายและมีเนื้อหาครอบคลุมปรัชญาการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายสอดคล้องกับความรู้ที่ผู้วิจัยต้องการประเมินในกลุ่มที่ศึกษา

2.3.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรม บางการศึกษาพบว่าความรู้ไม่มีผลกับพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล (เตชทัต อัครธนารักษ์, 2557; Pokpalakorn, 2005) แต่ในการศึกษาของ แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา (2551) พบว่าความรู้ของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการดูแลผู้ป่วยสำหรับการศึกษาของ ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำและคณะ (2554) พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน สูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในงานวิจัยของต่างประเทศ ที่

ทำการศึกษาในพยาบาลหน่วยโรคเริมจำนวน 154 คน ในสถาบันโรคเริมที่ประเทศสิงคโปร์ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่เข้าโปรแกรมมีการนำความรู้ไปใช้มากขึ้นและมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีขึ้น (Mahendran et al., 2014) และในการศึกษาของอิรานมานะห์และคณะ (Iranmanesh, Razban, Tirgari, & Zahra, 2014) ซึ่งศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานภาคใต้ของประเทศอิหร่าน ในหน่วยเริมและหอผู้ป่วยหนัก 3 โรงพยาบาลจำนวน 140 คน ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่ไม่สุขสบายได้มากที่สุด ส่วนคำตอบที่ถูกน้อยที่สุดคือคำถามทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ อย่างไรก็ตามในช่วงเวลาที่ผ่านมา องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความก้าวหน้าและแทรกซึมไปในทุกระบบของสาธารณสุขไทย จากสถานการณ์ของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลที่มีความเปลี่ยนแปลง ในปัจจุบันความรู้อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล ดังนั้นในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาทำการหาความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.3.3 คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล

พยาบาลมีหน้าที่ต้องดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง มีหน้าที่ปฏิบัติงานท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่ต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้อื่น (กัลยา กังสนันท์ และวิภาวรรณ กลิ่นหอม, 2560) โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทหน้าที่ในฐานะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานในด้านต่าง ๆ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีส่วนรับรู้และย่อมได้รับผลกระทบจากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผลกระทบจากการรับรู้ของพยาบาลย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล

2.3.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล

พยาบาลเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาวัดอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลอาจจะมีความรู้สึกทั้งในด้านบวกและด้านลบที่สัมพันธ์กับการดูแล โดยพยาบาลจะมีการตอบสนองต่อความรู้สึกแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเป็นปัจเจกบุคคล ชุมชน เชื้อชาติ วัฒนธรรม โดยคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลจากแนวคิดของ สแตมม์ (Stamm, 2010) ประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่น (compassion satisfaction) เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลในแง่บวก และ ความเหนื่อยล้าจากการดูแล (compassion fatigue) เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลในแง่ลบ ซึ่ง 2 องค์ประกอบนี้มีตรงกันข้ามกันอย่างสิ้นเชิง หากพยาบาลเผชิญสถานการณ์หนึ่ง ปฏิกริยาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นแตกต่างกัน โดยพยาบาลที่เกิด

ความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่นจะยังคงดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไว้ ในขณะที่ พยาบาลที่เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแล พยาบาลจะค่อย ๆ แยกตัวเองออกจากผู้ป่วย พยาบาลไม่สามารถตอบสนองต่อการต้องการความดูแลของผู้ป่วยได้ (Coetzee & Kloppe, 2010) ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล

ความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่น เป็นมุมมองของผู้ที่ให้การดูแลในแง่บวก คือมีความสุขกับการทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น รู้สึกดีเมื่อได้ช่วยเหลือบุคคลอื่น (Stamm, 2002; Stamm, 2010) เป็นความพึงพอใจจากการที่พยาบาลได้แบ่งปันความทุกข์จากผู้ป่วย โดยการดูแลมุ่งเน้นที่การบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยด้วยการใช้ทักษะของตัวเอง พยาบาลเอง หรือ ทรัพยากรที่มีอยู่ การที่ผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานน้อยลงและเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเป็นรางวัลที่ดีที่สุดของการดูแล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลรู้สึกถึงความรู้สึกดีและทำให้พยาบาลมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป (Coetzee & Kloppe, 2010)

โดยในงานวิจัยนี้ใช้คำว่า ความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่นเนื่องมาจาก การที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการจัดการกับอาการที่ไม่สบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสุขสบายได้ตามอัตภาพ สามารถที่จะตายดีจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน และญาติสามารถก้าวผ่านความเศร้าโศกไปได้ ดังนั้นความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่นจึงอาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล โดยพยาบาลที่มีระดับของความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่นสูงเนื่องจากพยาบาลจะมีกลไกการปรับตัว (coping) ที่เหมาะสม (Meadors, Lamson, & Sira, 2010)

แนวคิดความเหนื่อยล้าจากการดูแล เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลในแง่ลบ คือความหมดแรงเหนื่อยอ่อนของอารมณ์ ร่างกาย และจิตวิญญาณ เนื่องมาจากที่ต้องอยู่และสัมผัสรับรู้ปัญหาและความทรมานของผู้อื่น (Figley, 1995) ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นกัน โดยในงานวิจัยที่ผ่านมามีคำแปลที่ใช้กันในภาษาไทยในความหมายของ compassion fatigue แตกต่างกันไป เช่น เจื้อยเล้า (Jehloh, 2014) ใช้คำว่าความอ่อนล้าที่จะกรุณาช่วยเหลือ ซึ่งคำนี้ถูกใช้ในการศึกษาการดูแลตนเองของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของความเหนื่อยล้าจากการดูแลในพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองของพยาบาลกับความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย นอกจากนี้มีการใช้คำว่า ปฏิกริยา ซึ่งปรากฏอยู่ใน “การดูแล...ก่อนจากไปด้วยหัวใจตระหนักรู้ (Palliative Care Awareness and Practical Approach)” (ลัญจณ์ศักดิ์ อรรถยากร, 2558) โดย นพ.ลัญจณ์ศักดิ์ อรรถยากร ให้ความหมายไว้ว่า Compassion fatigue คือความรู้สึกขัดแย้ง ในจิตใจของผู้ดูแลที่ ผ่านประสบการณ์เรื้อรังยาวนานที่อ่อนล้ากับความไร้จุดหมาย ในหนังสือ List disease of Palliative care and Functional unit ให้ความหมายไว้ว่า compassion fatigue คือ ความรู้สึกอ่อนล้าเหนื่อย

ล้าในจิตใจและมีกำลังใจ ลดลง และในมิติของนักพฤติกรรมศาสตร์ใช้ภาษาไทยว่า “เหนื่อยหน่าย” แทน compassion fatigue ในการศึกษาของ (ณัฐฉา อรินทร์, อรพินทร์ ชูชม, ดุชนฎิ โยเหลา และนำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, 2556) แต่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้คำว่า “ความเหนื่อยล้าจากการดูแล”

ความเหนื่อยล้าจากการดูแลเป็นแนวคิดที่ถูกกล่าวถึงครั้งแรก ๆ เมื่อปี 1992 โดยคาร์ล่า จอยสัน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน กำลังค้นหาความหมายของความเบื่อหน่ายของพยาบาลห้องฉุกเฉิน ซึ่งเป็นสถานที่ที่เธอทำงานอยู่ โดย จอยสันได้ให้คำที่หมายถึงความรู้สึกเบื่อหน่ายของเธอว่า ‘loss of the ability to nurture’ และให้ความหมายว่า ความเหนื่อยล้าจากการดูแล คือรูปแบบของความเหนื่อยหน่ายที่มีผลต่อบุคคลากรทางการแพทย์ ต่อมาในปี 1995 ฟิกกี้ ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับ secondary traumatic stress disorder (STSD) มาก่อน มาให้คำจำกัดความว่า compassion fatigue แทนคำว่า STSD เนื่องจาก compassion fatigue ให้ความหมายที่เข้าใจง่ายกว่า โดยได้ให้ความหมายไว้ว่า “ความเหนื่อยล้าจากการดูแล” คือ ภาวะของความตึงเครียดและความหมกมุ่นในการแบกรับหรือการคงอยู่ที่ต้องทนทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือ “เป็นการผสมผสานกันของความพร่องทางด้าน ร่างกาย อารมณ์ จิตวิญญาณที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความรู้สึกเจ็บปวดหรือมีความทุกข์ทางด้านร่างกาย” (Anewalt, 2009; Figley, 1995) โดยอคเบิร์ก (Ochberg, 2009) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ได้กล่าวถึงบทบาทของเจ้าหน้าที่ของสภากาชาดแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา เมื่อเกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติ โดยปกตินอกจากตำรวจ ตำรวจดับเพลิง เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เข้าไปช่วยเหลือก็จะมีเจ้าหน้าที่ของสภากาชาดเป็นผู้รับฟังเรื่องราวของความสูญเสียของผู้ประสบภัยต่าง ๆ ซึ่งการรับฟังเรื่องราวของความสูญเสียซ้ำ ๆ ก็เปรียบเสมือนการเปิดปากแผลของแผลที่กำลังหาย เช่นเดียวกับที่ต้องได้รับฟังเรื่องราวที่น่ากลัวซ้ำ ๆ ถึงแม้การปฏิบัติหน้าที่จะได้รับรางวัลอยู่บ่อยครั้ง แต่ผู้ปฏิบัติงานก็ได้รับอารมณ์ใหม่ ที่เป็นตัวแทนของความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังความเครียดความสะเทือนใจ (vicarious PTSD) ซึ่งอารมณ์ดังกล่าวเกิดจากการฟังเรื่องราวที่หนักหน่วงซ้ำ ๆ คล้าย ๆ กัน รู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ที่ประสบภัยอย่างมาก รวบรวมเผชิญเหตุการณ์เอง รู้สึกร่วมกับเหตุการณ์นั้น ๆ ฝันถึงเรื่องราวที่ได้ยินมา สูญเสียการคิดในแง่ดี สูญเสียอารมณ์ขันและความหวัง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า และเมื่อผู้ดูแลให้การดูแลมากเกินไปจะดูแลตัวเองลดลงจะกลายเป็นความเหนื่อยล้าจากการดูแล สแตมป์ (2010) ให้ความหมายของความเหนื่อยล้าจากการดูแล ไว้ว่าเป็นลักษณะเชิงลบของการช่วยเหลือ โดย “ความเหนื่อยล้าจากการดูแล” ประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบย่อย คือ 1) secondary traumatic stress และ 2) burnout โดย สแตมป์ (2010) อธิบายว่า “secondary traumatic stress” คือ บาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น หรือความเครียดจากการดูแลผู้อื่น และเป็นผู้ที่ได้รับฟัง รับรู้ การถ่ายทอดจากผู้ประสบเหตุการณ์ที่เครียดอย่างรุนแรง หรือการที่บุคคลมีประสบการณ์กับเหตุการณ์บาดเจ็บที่รุนแรง หรือเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ เช่น ความสูญเสีย ผู้ที่มีภาวะนี้อาจจะเห็นภาพหลอน นอนหลับยาก

หลีกเลี่ยงการพบเจอประสบการณ์ที่ฝังใจ ส่วน “burnout” คือ ความรู้สึกเหนื่อยหน่าย ซึ่งประกอบไปด้วย ความอ่อนเพลีย ความขัดข้อง ความโกรธ ความหมดหวังในสิ่งที่ทำ และความกดดัน โดยความรู้สึกนี้จะค่อย ๆ เกิดขึ้นและสะสมจนกลายเป็นความรู้สึกเหนื่อยหน่าย ซึ่งเป็นการสะท้อนว่าความพยายามที่จะกระทำสิ่งใดนั้นไม่เกิดผล โดยความรู้สึกเหนื่อยหน่ายมีความเกี่ยวข้องกับภาระงานที่หนัก หรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน ผลกระทบจากความเหนื่อยล้าจากการดูแลไม่ได้ส่งผลต่อพยาบาลเพียงบุคคลเดียว หากหน่วยงานใดมีพยาบาลเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลขึ้น จะส่งผลกระทบต่อองค์กรในภาพรวมหรือบรรยากาศองค์กรด้วย (Lombardo & Eyre, 2011)

ความเหนื่อยล้าจากการดูแลเกิดขึ้นได้กับพยาบาลทุกคน แต่พยาบาลที่เผชิญกับการตายของผู้ป่วยบ่อยครั้งจะเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลมากกว่าพยาบาลอื่น ๆ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการแยลงเฉียบพลันมักจะมีอารมณ์ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้พยาบาลจะมีประสบการณ์ความเศร้าโศกที่สะสมมาก่อน ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงอาจเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลได้บ่อย (Boyle, 2006; Bush, 2009)

2.3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลในงานวิจัยที่ผ่านมา จำนวน 3 เครื่องมือ ดังนี้

1) The Professional Quality of life Scale (Pro-QOL Version 5) พัฒนาโดย แสตมป์ (Stamm, 2010) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก Compassion Fatigue Self-Test (CFST) (Figley, 1995) โดย CFST ประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบคือ ความเหนื่อยล้าจากการดูแล และความเหนื่อยหน่าย ซึ่งแต่เดิมนักวิจัยมักให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลในเชิงลบ ซึ่งที่ผ่านมานักวิจัยได้ให้ความหมายของความรู้สึกในเชิงลบไว้หลากหลายและนักวิจัยที่สนใจในแนวคิดนี้ ต่างหาความแตกต่างของความหมายของความรู้สึกในเชิงลบ แต่ก็ไม่สามารถที่จะทำให้กระจ่างแน่ชัดได้ ในปี 1995 ฟิกกี้ (Figley, 1995) ใช้คำว่า compassion fatigue แสตมป์ (Stamm, 1995) ใช้คำว่า secondary traumatic stress เพอล์แมนและซัสกีวีนี (Pearlman & Saakvitne, 1995) ใช้คำว่า vicarious traumatization จากประสบการณ์ของ แสตมป์ และการศึกษาถึงงานวิจัยต่าง ๆ แสตมป์เชื่อว่าองค์กรจะช่วยให้เกิดการเพิ่มของความผาสุกและลดความรู้สึกในเชิงลบของผู้ดูแล ดังนั้นการที่แสตมป์ได้พัฒนา The Professional Quality of life Scale (the Pro-QOL) มาถึงฉบับที่ 5 ผ่านแนวคิดอันซับซ้อนจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน ลักษณะส่วนบุคคล การได้รับค่าตอบแทน และอาสาศัมคร เนื่องจากแสตมป์เชื่อว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานมีผลต่อการทำงานของผู้ให้การดูแลผู้อื่น อธิบายได้ว่าหากสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ดีย่อมส่งผลให้ผู้ดูแล เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแล แต่หากว่าถ้าผู้ให้การดูแลผู้นั้นอยู่ใน

สภาพแวดล้อมที่ดี ผู้ให้การดูแลจะรู้สึกถึงความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่น ในปี 1996 แสตมป์และฟิกกี (Figley & Stamm, 1996) ได้พัฒนาเครื่องมือ Compassion Fatigue Self-Test (CFST) โดยเพิ่มเติม องค์ประกอบด้านความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่น (Compassion Satisfaction) และในปี 2002 แสตมป์ (Stamm, 2002) ได้ต่อยอดเครื่องมือ Compassion Fatigue Self-Test (CFST) และเปลี่ยนชื่อเป็น The Professional Quality of life Scale (the Pro-QOL) (Version 1) (Stamm, 2002) (Bride, Radey, & Figley, 2007) จนถึงในปัจจุบัน The Professional Quality of life Scale (the Pro-QOL) ได้รับการพัฒนามาถึงฉบับที่ 5 โดย ประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่น 2) ความเหนื่อยล้าจากการดูแล ซึ่งความเหนื่อยล้าจากการดูแล แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบย่อย คือ ความเหนื่อยหน่าย และบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น The Pro-QOL ฉบับที่ 5 มีข้อคำถาม 30 ข้อ โดยถามถึงความถี่ในสิ่งที่ผู้ทำแบบสอบถามเป็นภายในเวลา 30 วันที่ผ่านมา โดยการตอบคำถามให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือกคือ ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง บางเวลา บ่อย บ่อยมาก มี 5 ข้อ คือ ข้อ 1, 4, 15, 17, 29 ที่ต้องแปลคะแนนกลับกัน ค่าความเชื่อมั่นของความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่นเท่ากับ 0.88 ค่าความเชื่อมั่นของความเหนื่อยหน่าย เท่ากับ 0.75 และ ค่าความเชื่อมั่นของบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น เท่ากับ 0.81 (Stamm, 2010)

2) The Compassion Fatigue Questionnaire (CFQ)

เป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการดูแลที่พัฒนามาจาก The Professional Quality of Life โดย เจ๊ะเลาะ (Jehloh, 2014) เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทย และปรับเป็นบริบทการดูแลระยะสุดท้าย โดย แต่แบบประเมิน The Compassion Fatigue Questionnaire (CFQ) ประเมินเพียงความรู้สึกด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วย 1) ความเหนื่อยหน่าย และ 2) บาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น เครื่องมือนี้มีข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81 (Jehloh, 2014)

3) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) การให้คะแนนแบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 (กรมสุขภาพจิต, 2560)

ในงานวิจัยนี้เลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล (The Professional Quality of life Scale [Pro-QOL Version 5]) พัฒนาโดย แสตมป์ (Stamm, 2010) โดยนำมาแปลเป็นภาษาไทย และปรับใช้ให้มีความเหมาะสมกับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ตรงตามตัวแปรที่ศึกษา มีเนื้อหาครอบคลุม มีความนิยมใช้ทั่วโลก โดยในประเทศไทยพบการอ้างอิงถึงเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 17 คุณภาพในทุกกลมหายใจ (Enjoy Quality Every Moment) (ทรง พิลาลัย, 2016) โดยมีการแนะนำให้ใช้เครื่องมือ ประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล (The Professional Quality of life Scale) เพื่อประเมินภาวะความเหนื่อยล้าจากการดูแล (compassion fatigue) และภาวะหมดไฟ (burnout) ในผู้บริบาลผู้ป่วย

2.3.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่น (compassion satisfaction) ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบงานวิจัยของ โซคัมโกริและคณะ (Slocum-Gori, Hemsworth, Chan, Carson, & Kazanjian, 2013) ในประเทศแคนาดา ความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่นมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับความเหนื่อยล้าจากการดูแล ($r = -0.208$, $p < 0.001$) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่นกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าพยาบาลที่มีความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่นสูงพยาบาลจะมีความเหนื่อยล้าจากการดูแลต่ำ (Slocum-Gori et al., 2013; Stamm, 2012; Tremblay & Messervey, 2011; Yoder, 2010) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบงานวิจัย “Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties” (Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel, & Reimels, 2010) โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่ออธิบายถึงรูปแบบของความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่นและความรู้สึเหนื่อยล้าจากการดูแลของพยาบาลห้องฉุกเฉินเมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลในหน่วยมะเร็ง เต และหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 138 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลห้องแผนกฉุกเฉิน มีระดับของความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่น น้อยกว่าพยาบาลในแผนกอื่น ๆ และพยาบาลประจำหน่วยมะเร็งมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะความเหนื่อยล้าจากการดูแลมากที่สุด ตลอดที่ผ่านมาในประเทศไทยพบเพียงการศึกษา “Compassion Fatigue in Nurses Caring for Dying Patients in Thailand” ของ เจ๊ะเลาะ (Jeloh, 2014) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการดูแลตนเองของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 2) ระดับของความเหนื่อยล้าจากการดูแลในพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

การดูแลตนเองของพยาบาลกับความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยเก็บข้อมูลในพยาบาลจำนวน 252 คน ที่ปฏิบัติงานที่แผนกหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรม โดยสุ่มจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง และมีบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ (Jehloh, 2014)

2.3.4 บรรยายกาตองค์กร

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบรรยายกาตองค์กรของพยาบาล พบว่าบรรยายกาตองค์กรอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับบรรยายกาตองค์กร และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินบรรยายกาตองค์กร ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.3.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับบรรยายกาตองค์กร

ลิตวินและสตริงเจอร์ (Litwin & Stringer, 1968) ให้ความหมายว่า บรรยายกาตองค์กรเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมในองค์กรที่แตกต่างกัน เป็นการรับรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งมีผลต่อการจูงใจและการปฏิบัติงานในองค์กร ส่วนซุงและแมคคินสัน (Chung & Megginson, 1981) ให้ความหมายว่า บรรยายกาตองค์กรเป็นการรับรู้ของสมาชิกในองค์กรเกี่ยวกับโครงสร้าง ความเป็นปัจเจกบุคคลของคนภายในองค์กร สัมพันธภาพของบุคคลในองค์กร ได้แก่ การได้รับรางวัล การมีน้ำใจช่วยเหลือกัน ความไว้วางใจ การจริงใจเปิดเผย ความยุติธรรม ความขัดแย้ง การก้าจัดถยนต์ราย และความสามัคคีของคนในองค์กร อ้างถึงใน ธนิตฐา สมัย (2546) ซึ่งสอดคล้องกับ สตริงเจอร์ (Stringer, 2002) ซึ่งได้ให้ความหมายไว้ว่า บรรยายกาตองค์กรคือปัจจัยสิ่งแวดล้อมหลาย ๆ อย่างในองค์กรที่จะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจของบุคคลในองค์กร

สตริงเจอร์ (2002) ได้แบ่งบรรยายกาตองค์กรเป็น 6 มิติ โดยจะนำมาอธิบายในบริบทบรรยายกาตองค์กรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

1. โครงสร้าง (structure) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าหน่วยงานมีการจัดโครงสร้างที่ดี คือ มีรูปแบบของการดูแลระยะสุดท้าย มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในเรื่องการใช้อาหารโภชนาการ และแนวปฏิบัติการจัดการกับอาการไม่สบาย เป็นการดูแลแบบองค์รวม รวมทั้งมีสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยจนกระทั่งการดูแลหลังความตาย นอกจากนี้ผู้ที่ดูแลต้องมีทัศนคติและทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี

(กรมการแพทย์, 2557; อาภาศ พัฒนเรืองไล, 2559) โดยมีนโยบายรวมถึงคำอธิบายบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของพยาบาลไว้อย่างชัดเจน โครงสร้างขององค์กรที่ดีควรทำให้พยาบาลรู้สึกว่าการะงานของพยาบาลทุกคนมีการระบุหน้าที่ความรับผิดชอบไว้อย่างชัดเจนว่าแต่ละคนควรทำงานอะไร และใครมีอำนาจตัดสินใจ มีแกนนำในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้อย่างชัดเจน โดยความรู้สึกของพยาบาลว่าการมีโครงสร้างที่ดี มีผลอย่างยิ่งในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพ

2) มาตรฐาน (standard) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลว่าหน่วยงานมีแรงผลักดันให้มีการปรับปรุงการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มระดับความภาคภูมิใจของพยาบาลต่อการทำงาน โดยหน่วยงานต้องมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดการบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีการดูแลเฉพาะด้านแบบประคับประคอง มีการพัฒนาความรู้แก่บุคลากร มีการคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เข้ารับบริการครั้งแรก และตามช่วงเวลาที่เหมาะสมรวมถึงเมื่อมีอาการบ่งชี้ทางคลินิก ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบว่าการดูแลแบบประคับประคองจะผสมผสานกับการดูแลตามปกติ และจะเพิ่มความเข้มข้นขึ้นเรื่อย ๆ ตาม วิธีการเจ็บป่วย (illness trajectory) ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง และทีมสหสาขาที่ดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง แพทย์ผู้ช่วย Palliative care nurse manager พยาบาลที่ผ่านการอบรม Basic palliative นักสังคมสงเคราะห์ผู้นำทางศาสนา หรือ นักบวช และเภสัชกรและสาขาอื่น ๆ ซึ่งจะมีความพร้อมที่จะให้ คำปรึกษา หรือให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามการร้องขอตามความเชี่ยวชาญเฉพาะ และมีระบบในการติดตามคุณภาพการดูแล แบบประคับประคองอย่างชัดเจน (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2559)

3) ความรับผิดชอบ (responsibility) หมายถึงการรับรู้ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าได้รับความไว้วางใจและการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาในการปฏิบัติงาน พยาบาลรู้สึกได้รับการส่งเสริมให้แก้ปัญหาในการปฏิบัติงานด้วยตนเอง มีการทำโครงการหรือสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ให้กับหน่วยงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ รวมทั้งโครงการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่หากว่าไม่มีการส่งเสริมให้พยาบาลใช้แนวทางปฏิบัติใหม่ ๆ อาจทำให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความรู้สึกท้อแท้ในการปฏิบัติงานได้

4) การได้รับการยอมรับ (recognition) หมายถึงการรับรู้ของพยาบาลว่าจะได้รับรางวัล เมื่อปฏิบัติงานได้ดี โดยผลของการปฏิบัติงานมีทั้งการได้รับรางวัล การชื่นชมและการวิจารณ์ และลงโทษ หน่วยงานมีวิธีการจูงใจให้ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยการให้รางวัลและมีการจัดสวัสดิการให้เหมาะสม ผู้บังคับบัญชานับสนุนให้พยาบาลมีการพัฒนาความรู้ความสามารถด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่เสมอ การได้รับการยอมรับในระดับสูง หมายถึง หน่วยงานมีการให้รางวัลและคำติชมหรือการลงโทษที่เหมาะสมกับผลของการปฏิบัติงานของพยาบาล

การได้รับการยอมรับในระดับต่ำหมายความว่า เมื่อปฏิบัติงานได้ดีแต่หน่วยงานไม่ได้มีการให้รางวัลอย่างสม่ำเสมอ

5) การสนับสนุน (support) การรับรู้ของพยาบาลที่ได้รับการไว้วางใจและกำลังใจจากเพื่อนร่วมงานที่มีให้แก่กัน ผู้บังคับบัญชามีความใส่ใจในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสนับสนุนในระดับสูงหมายถึงการที่พยาบาลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของทีมให้การพยาบาลระยะสุดท้ายที่มีประสิทธิภาพ และได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนระดับต่ำ หมายถึง พยาบาลจะรู้สึกโดดเดี่ยวและโดนแบ่งแยกออกไปไม่ได้การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชา

6) ความยึดมั่นผูกพัน (commitment) การรับรู้ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความรู้สึกภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน และระดับของความยึดมั่นผูกพันที่มีต่อเป้าหมายของหน่วยงาน ทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยพยาบาลไม่คิดจะย้ายหน่วยงาน ความรู้สึกยึดมั่นผูกพันระดับสูงมีความเกี่ยวข้องกับระดับของความจงรักภักดีในระดับสูงด้วย ถ้าความยึดมั่นผูกพันในองค์กรของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำพยาบาลจะไม่รู้สึกยินดียินร้ายกับหน่วยงานและเป้าหมายของหน่วยงาน

2.3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินบรรยากาศองค์กร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีเครื่องมือที่ใช้ประเมินบรรยากาศองค์กร ในงานวิจัยที่ผ่านมา จำนวน 3 เครื่องมือ ดังนี้

1) แบบสอบถามบรรยากาศองค์กรของ ธนิชฐา สมัย (2546) แปลและปรับมาจากแบบสอบถามของ สตริงเกอร์ (Stringer, 2002) โดย ธนิชฐา สมัย (2546) ได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความตรงของความหมาย และได้รับตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 ท่าน ได้ค่า CVI .86 โดยเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการนำมาทดลองใช้กับพยาบาลประจำการหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐจำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .85 โดยมีข้อคำถาม 24 ข้อ คำถามเชิงบวก 14 ข้อ คำถามเชิงลบ 10 ข้อ จำแนกเป็นด้านต่าง ๆ การคิดคะแนนของข้อคำถามแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ แปลผลคะแนนจำแนกเป็นรายข้อ รายด้าน และโดยรวม โดยการนำคะแนนมารวมแล้วหาค่าเฉลี่ย จัดระดับ 5 ระดับ แปลความหมายคะแนน หน่วยงานของท่านมีบรรยากาศองค์กรอยู่ในระดับต่ำที่สุด ต่ำ ปานกลาง ดี ดีที่สุด

2) แบบสอบถามบรรยากาศองค์การของ จุฑาวดี กลิ่นเฟื่อง (2543) โดยใช้แนวคิดของ Litwin and Stringer (1968) ร่วมกับแบบสอบถามบรรยากาศองค์การของ สุนทรี ตรีอำรรค (2541) มาเป็นแนวทางสร้างแบบสอบถาม มีข้อคำถาม 42 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาโดยการนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 10 ท่าน และนำไปตรวจสอบหาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งมีลักษณะตรงตามเกณฑ์ของประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง .97 (จุฑาวดี กลิ่นเฟื่อง, 2543)

3) แบบประเมินบรรยากาศองค์การ เป็นแบบประเมินที่สร้างโดย โรเบิร์ต สตริงเกอร์ (Stringer, 2002) โดยใช้กรอบแนวคิดบรรยากาศองค์การ An organizational performance model (2002) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย วิมล คะชา (2546) และได้รับการปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดย วารินา หนูพินิจ (2559) และได้นำมาใช้ในงานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู โดยได้ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .92 มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน แบบคำถามมีลักษณะปลายปิด แบบสอบถามมีลักษณะคำถามเป็นปลายปิด มีคำตอบให้เลือกเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือแบบประเมินบรรยากาศองค์การที่พัฒนาโดย วารินา หนูพินิจ (2559) เนื่องจากแบบประเมินบรรยากาศองค์การนี้ใช้กรอบแนวคิดบรรยากาศองค์การ An organizational performance model (2002) ของ สตริงเกอร์ (2002) ทั้งนี้ องค์ประกอบของทฤษฎียังมีความชัดเจน และเมื่อ วารินา หนูพินิจ (2559) ได้ปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมในบริบทการดูแลระยะสุดท้าย ซึ่งข้อคำถามมีความสอดคล้องกับปัจจัยที่ผู้วิจัยกำลังทำการศึกษา แม้ว่าจะเครื่องมือนี้ถูกใช้เริ่มแรกในไอซียู แต่อย่างไรก็ตามในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมก็มีผู้ป่วยหนักเข้ารับการรักษาด้วยเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงพิจารณาเลือกใช้เครื่องมือแบบประเมินบรรยากาศองค์การที่พัฒนาโดย วารินา หนูพินิจ (2559) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

2.3.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบรรยากาศองค์การ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบรรยากาศองค์การ พบการศึกษาของ ธนิตฐา สมัย (2546) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความฉลาดทางอารมณ์ บรรยากาศองค์การ และพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ผลการศึกษาพบว่า บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมความ

ร่วมมือในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .552$) (ธนิตฐา สมัย, 2546) ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักก็เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล และในการศึกษาของจุฑาวดี กลิ่นเฟื่อง (2543) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงานและบรรยากาศองค์การ กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ผลการศึกษาพบว่า บรรยากาศองค์การ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .768$) และการศึกษาของ ปรศนียาภรณ์ ฤกษ์ดาฤทธิ์ (2556) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลพื้นที่ภาคใต้ของประเทศ ผลการวิจัยพบว่า บรรยากาศองค์การของห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ในการศึกษาของภัทรพร ภัทรวลีและคณะ (2558) ซึ่งศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรด้านพยาบาลและองค์การกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยด้านบรรยากาศองค์การ โดยจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจทำให้พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลดีขึ้น (ภัทรพร ภัทรวลีและคณะ, 2558)

2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ในสถานการณ์โลกปัจจุบันพบว่า มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นและมีผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาดมากขึ้น โดยบุคคลเหล่านี้เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยจนเข้าสู่สภาวะที่ร่างกายไม่สามารถฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติได้เข้าสู่ระยะประคับประคองและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน ผู้ป่วยเหล่านี้คือผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีภาวะที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดที่สุดกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล และเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายล้วนเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคและต้องเผชิญกับประสบการณ์อาการที่ทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงครอบครัวที่ได้รับผลกระทบเพราะต้องรับรู้ถึงความทรมานที่ผู้ป่วยเผชิญ ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงควรมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร เนื่องจากความเอื้ออาทรคือพฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงมีความอบอุ่นใจ คลายความทุกข์ทรมาน และรู้สึกถึงศักดิ์ศรีของตนเอง และมีความสุขได้ในสภาวะนั้น ๆ และสามารถเสียชีวิตได้อย่างสงบ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า มีผู้ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในหลายบริบท รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ก็มีผู้ศึกษาไว้หลากหลายเช่นกัน แต่ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีน้อย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่นำมาศึกษาได้แก่ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลและบรรยากาศองค์กร ก็มีผู้นำมาศึกษาอยู่จำกัดเช่นกัน ทั้ง ๆ ที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ เพราะฉะนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีความสำคัญ เพื่อที่จะนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลพื้นฐานแนวการพัฒนาศักยภาพพยาบาล รวมถึงการดำเนินงานวิจัยเชิงทดลองในอนาคต

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายประเภทศึกษาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ โรงพยาบาลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ซึ่งครอบคลุม 8 จังหวัด คือจังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง สิงห์บุรี ลพบุรี สระบุรีและนครนายก ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 14 โรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1,212 คน (จากการโทรศัพท์สอบถามระหว่างวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2559 – 4 มกราคม พ.ศ. 2560)

3.1.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

3.1.2.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ โรงพยาบาลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2559

3.1.2.2 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในปีพ.ศ. 2559 โดยใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีของ Taro Yamane (1973) (อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2553) ที่ระดับความเชื่อมั่น .95 ให้มีความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้กำหนดเป็น .05

แทนค่าสูตร

$$n = \frac{1,212}{1 + 1,212 \times 0.05^2}$$

$$n = 300 \text{ คน}$$

ดังนั้น ในการวิจัยในครั้งนี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 300 คน

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา โดยงานวิจัยที่ทบทวนเป็นการศึกษาที่มีบริบทคล้ายคลึงกันกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การส่งคืนของแบบสอบถาม รวมถึงความสมบูรณ์ในการตอบกลับของแบบสอบถามยังไม่ครบถ้วน เช่น ในงานวิจัยของ เจ๊ะเลาะ (Jehloh, 2014) พบว่ามีการส่งคืนแบบสอบถามเพียงร้อยละ 81.34 ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้เพื่อป้องกันกรณีที่แบบสอบถามได้รับกลับมาไม่สมบูรณ์ ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอีกร้อยละ 10 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 330 คน

3.1.2.3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) โดยในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 มีโรงพยาบาลทั่วไป 10 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 แห่ง

ขั้นตอนที่ 2 ใช้การสุ่มแบบง่าย โดยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (simple random sampling without replacement) ใช้อัตราส่วน 1:2 ได้โรงพยาบาลทั่วไปสุ่มมา 5 โรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์สุ่มมา 1 โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 โรงพยาบาล รวมทั้งหมด 7 โรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 ใช้การสุ่มเลือกตัวอย่างมาตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล (proportionate sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 330 คน เพื่ออ้างอิงเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ดังแสดงในตารางที่ 1

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหอผู้ป่วยโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับฉลากจากรายชื่อพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยแบบไม่คืนที่ได้ครบตามจำนวน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามมี 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน จำนวนผู้ป่วยวิกฤติ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติม ภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงาน การมีทีมที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงาน และการจัดอัตรากำลัง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [Nurse's Caring Behavior for Dying Patients Questionnaire (NCBDPQ)] สร้างโดย พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทร 6 ชีของโรซ (2002) มีข้อคำถามปลายปิด 40 ข้อ โดยเครื่องมือเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ เป็นข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ ข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ คือ ข้อ 5, 15, 26, 30 และ 34 อีก 35 ข้อที่เหลือคือด้านบวก ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 6 องค์ประกอบย่อย ดังนี้

ความเห็นอกเห็นใจ (compassion)	ข้อ 1-7
ความสามารถ (competence)	ข้อ 8-17
ความเชื่อมั่น (confidence)	ข้อ 18-22
ความมีคุณธรรมจริยธรรม (conscience)	ข้อ 23-28
ความมุ่งมั่น (commitment)	ข้อ 29-35
ความประพฤติอย่างมีอาชีพ (comportment)	ข้อ 36-40

เกณฑ์การให้คะแนน

	เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถาม	ด้านบวก	ด้านลบ
ไม่เคย, ไม่มีเหตุการณ์	= ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย	1	4
บางครั้ง	= เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ้างบางครั้ง	2	3
บ่อยครั้ง	= เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง	3	2
เป็นประจำ	= เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้ง	4	1

ดังนั้นคะแนนต่ำสุดคือ 40 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 160 คะแนน

การแปลผล

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวม และองค์ประกอบย่อย ใช้แบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1964) แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 96 คะแนน)	หมายถึง พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีระดับต่ำ
คะแนนร้อยละ 60-79 (97-127 คะแนน)	หมายถึง พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (มากกว่า 128 คะแนน)	หมายถึง พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care Quiz for Nurses) สร้างขึ้นโดยรอสส์และคณะ (Ross et al., 1996) ซึ่งพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ผลลัพธ์จากการสำรวจ การประชุมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้เชี่ยวชาญด้านปรัชญา และหลักการจัดการความปวด และอาการที่ไม่สุขสบายอื่น ๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ครอบคลุมทั้งด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยองค์ความรู้ต่าง ๆ สอดคล้องกับหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองของแคนาดา (Canadian Palliative Care Curriculum) ว่าความรู้ ทักษะ และทัศนคติ มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลระยะสุดท้าย โดยท้องถื่นความที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ที่กล่าวมานั้นใช้เป็นพื้นฐานของการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ The palliative care quiz for nursing (PCQN) โดยในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพ 196 คนและเป็นนักศึกษาพยาบาล 200 คน ค่าเอกพันธ์ภายใน ได้ 0.78 โดยในประเทศปาเลสไตน์พบงานวิจัยเรื่อง The Nurses' Knowledge and Attitudes towards the Palliative Care นำเครื่องมือ The palliative care quiz for nursing (PCQN) มาใช้ ในปี 2015 (Ayed et al., 2015) โดยในประเทศไทยมีผู้นำมาศึกษา และใช้ในการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบทดสอบประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มีคำตอบให้เลือกคือ ถูก ผิด และ ไม่ทราบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่รู้ได้ 0 คะแนน โดยข้อคำถามครอบคลุมความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ เป็นข้อคำถามด้านบวก 13 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 7 ข้อ ข้อคำถามด้านบวกคือข้อ 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 20 ที่เหลือคือข้อคำถามด้านลบ รายละเอียดมีดังนี้

1. ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 4 ข้อ
2. ด้านการดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ จำนวน 3 ข้อ
3. ด้านการจัดการกับอาการ จำนวน 13 ข้อ

ดังนั้นคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0 -20 คะแนน

การแปลผล

การแปลผลคะแนนความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้แบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1964) แบ่งระดับระดับความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 12 คะแนน)	หมายถึง	พยาบาลมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย
คะแนนร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน)	หมายถึง	พยาบาลมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายปานกลาง
คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (มากกว่า 16 คะแนน)	หมายถึง	พยาบาลมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล (The Professional Quality of life Scale [Pro-QOL Version 5]) พัฒนาโดยแสตมป์ (Stamm, 2010) โดยให้ความเชื่อ เมื่อให้การดูแลผู้อื่นในบทบาทวิชาชีพ ผู้ที่ให้การดูแลจะมีปรากฏการณ์ 2 ลักษณะ ได้แก่ ความรู้สึกทางด้านบวกที่ได้จากการให้การดูแลผู้อื่น คือความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ให้การดูแลจะมีความรู้สึกทางด้านลบจากการให้การดูแลผู้อื่น คือ ความเหนื่อยหน่ายจากการดูแล ซึ่งมี 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ บาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่นและความเหนื่อยหน่าย โดยค่าความเชื่อมั่นของความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่น เท่ากับ 0.88 ค่าความเชื่อมั่นของความเหนื่อยหน่าย เท่ากับ 0.75 และ ค่าความเชื่อมั่นของบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น เท่ากับ 0.81 มีข้อคำถาม 30 ข้อ โดยถามถึงความถี่ในสิ่งที่ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นภายในเวลา 30 วันที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ไม่เคย 2 = นาน ๆ ครั้ง 3 = บางครั้ง 4 = บ่อย 5 = บ่อยมาก) แต่มีข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ คือข้อ 1, 4, 15, 17, 29 ส่วนข้อที่เหลือคือข้อคำถามเชิงบวก

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล	จำนวน (ข้อ)	ข้อ
ความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่น	10	3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30
บาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น	10	2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28
ความเหนื่อยหน่าย	10	1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29

เกณฑ์การให้คะแนน		ด้าน	ด้าน
		บวก	ลบ
ไม่เคย	ผู้ตอบคำถามไม่เคยทำตามคำถามข้อดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	1	5
นาน ๆ ครั้ง	ผู้ตอบคำถามกระทำตามคำถามข้อดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายนาน ๆ ครั้ง	2	4
บางครั้ง	ผู้ตอบคำถามกระทำตามคำถามข้อดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายบางครั้ง	3	3
บ่อย	ผู้ตอบคำถามกระทำตามคำถามข้อดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายบ่อย ๆ	4	2
บ่อยมาก	ผู้ตอบคำถามกระทำตามคำถามข้อดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายบ่อยมาก	5	1

เกณฑ์การให้คะแนน

ในเครื่องมือนี้เป็นการแปลผลรายองค์ประกอบ ดังนั้นจึงจะไม่มีคะแนนรวม ซึ่งแต่ละองค์ประกอบย่อยทั้ง 3 องค์ประกอบ คะแนนต่ำสุดคือ 10 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 50 คะแนน

การแปลผล

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล สามารถแปลผลโดยนำคะแนนของข้อคำถามภายในองค์ประกอบเดียวกันมาบวกกัน และแปลผลรายองค์ประกอบดังนี้ องค์ประกอบของความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่น (Stamm, 2010)

น้อยกว่า 22 คะแนน	คือ	พยาบาลมีความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่นมีระดับต่ำ
23-41 คะแนน	คือ	พยาบาลมีความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่นมีระดับปานกลาง
มากกว่า 42 คะแนน	คือ	พยาบาลความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่นมีระดับสูง

องค์ประกอบของบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น (Stamm, 2010)

น้อยกว่า 22 คะแนน คือ พยาบาลมีบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่นมีระดับต่ำ

23-41 คะแนน คือ พยาบาลมีบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่นมีระดับปานกลาง

มากกว่า 42 คะแนน คือ พยาบาลมีบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่นมีระดับสูง

องค์ประกอบของความเหนื่อยหน่าย (Stamm, 2010)

น้อยกว่า 22 คะแนน คือ พยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายมีระดับต่ำ

23-41 คะแนน คือ พยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายมีระดับปานกลาง

มากกว่า 42 คะแนน คือ พยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายมีระดับสูง

เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล (The Professional Quality of life Scale [Pro-QOL Version 5]) ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือและขออนุญาตแปลเป็นภาษาไทยโดยได้รับการอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทยได้จาก แสตมป์ (Beth Hudnall Stamm) ผ่านทาง www.proqol.org ตามเอกสารแนบใน ภาคผนวก จ

ในการแปลใช้เทคนิคการแปลเครื่องมือวิจัยดังนี้ (บุญใจ ศรีสฤติยนรากร, 2558; Polit & Beck, 2012)

ขั้นตอนที่ 1 แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (forward translation)

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยแปลเอง ในการแปลใช้การแปลแบบสมมาตร (symmetrical translation approach) คือ เป็นการแปลเป็นภาษาอื่นโดยไม่มีผลต่อข้อความต้นฉบับ การแปลที่ยึดความเท่าเทียมกันระหว่างสองภาษา คือ ภาษาของเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับและภาษาที่เป็นเป้าหมาย คำนึงถึงความหมายที่ถูกต้องและเป็นภาษาที่ใช้กันทั่วไปหรือใช้ในชีวิตประจำวันของประชากรที่ใช้ภาษานั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การแปลย้อนกลับ (backward translation) จากภาษาไทยมาเป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งผู้แปลย้อนกลับคือเป็นผู้ที่สามารถใช้ทั้งสองภาษาได้เป็นอย่างดี (bilingual person) ซึ่งไม่ใช่บุคคลเดียวกันกับผู้แปลในขั้นตอนที่ 1 สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้แปลย้อนกลับคืออาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญในการใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วุฒิปริญญาเอก ซึ่งไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับมาก่อน เพื่อลดอคติในการแปลย้อนกลับ

ขั้นตอนที่ 3 การเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดแปลที่ย้อนกลับ (comparison of the original version and the back-translated version) โดยอาจารย์พยาบาล วุฒิปริญญาเอก ผู้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อพิจารณาความเหมาะสมทั้ง ภาษาและวัฒนธรรมและปรับแก้คำถามให้ชัดเจนที่สุด รวมทั้งการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ทั้งแปลจากภาษาอังกฤษตามต้นฉบับเป็นภาษาไทย (forward translation) กับชุดแปลย้อนกลับ (backward translation) จากภาษาไทยมาเป็นภาษาอังกฤษ และนำเครื่องมือฉบับภาษาอังกฤษ ต้นฉบับมาใช้ประกอบการตรวจสอบ รวมทั้งการตรวจสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือชุดที่ แปลเปรียบเทียบกับเครื่องมือชุดต้นฉบับ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินบรรยากาศองค์กร

เป็นแบบประเมินที่สร้างโดย โรเบิร์ต สตริงเกอร์ (Robert Stringer) ในปี 2002 โดยใช้ กรอบแนวคิดบรรยากาศองค์กร An organizational performance model (2002) (Stringer, 2002) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย วิมล คะชา (2546) และได้รับการปรับปรุงให้สอดคล้องกับ บริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดย วารินา หนูพินิจ (2559) และได้นำมาใช้ ในงานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ในไอซียู (วารินา หนูพินิจ, 2559) ได้ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค .92 มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านมาตรฐาน 3) ด้านความรับผิดชอบ 4) ด้านการได้รับการยอมรับ 5) ด้านการสนับสนุน 6) ด้าน การยึดมั่นผูกพัน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

	จำนวน	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
1. โครงสร้าง	4 ข้อ	1,3,4	2
2. มาตรฐาน	4 ข้อ	5,6,7	8
3. ความรับผิดชอบ	4 ข้อ	9,10,11,12	-
4. การได้รับการยอมรับ	4 ข้อ	13,14,15	16
5. การสนับสนุน	4 ข้อ	17,18,20	19
6. ความยึดมั่นผูกพัน	4 ข้อ	21,22,23	24

เกณฑ์การให้คะแนน

คำตอบ	อธิบาย	คะแนน	
		ด้านบวก	ด้านลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเห็นของผู้ตอบเลย	1	5
เห็นด้วยน้อย	ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบน้อย	2	4
เห็นด้วยปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบปานกลาง	3	3
เห็นด้วย	ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบมาก	4	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบมากที่สุด	5	1

ดังนั้นค่าคะแนนที่เป็นไปได้ มีค่าอยู่ระหว่าง 24 ถึง 120 คะแนน

การแปลผล

คะแนนเฉลี่ย 88 – 120	หมายถึง	รับรู้ว่าการประกาศองค์กรของหน่วยงานมีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติหรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 57 – 87	หมายถึง	รับรู้ว่าการประกาศองค์กรของหน่วยงานมีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติหรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 24 – 56	หมายถึง	รับรู้ว่าการประกาศองค์กรของหน่วยงานมีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติหรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับต่ำ

การแปลผลรายด้านของบรรยากาศองค์กร โดยคะแนนรวมรายด้านนั้น ๆ ต่ำแสดงว่าพยาบาลมีการรับรู้ว่าการประกาศองค์กรของหน่วยงานในด้านนั้น ๆ ผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติหรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับต่ำ แต่ถ้าคะแนนรวมรายด้านนั้น ๆ สูงแสดงว่าพยาบาลมีการรับรู้บรรยากาศองค์กรของหน่วยงานในด้านนั้น ๆ อยู่ในระดับสูง

3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และแบบประเมินบรรยากาศองค์กร ไปหาความเชื่อมั่นในพยาบาลที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .97 .85 และ .84 ตามลำดับ เมื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 295 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 97 .79 และ .91 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อนำไปหาความเชื่อมั่นในพยาบาลที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 ได้ค่าความเชื่อมั่น .58 และเมื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 295 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .79

3.4 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ได้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นตอนเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคนบดี จากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 7 โรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงพยาบาลเป้าหมาย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ และหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการรักษา

2. ทำหนังสือติดต่อเพื่อขอรับการพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่ต้องการเก็บข้อมูล

3. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกับหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และ/หรือ พยาบาลผู้รับผิดชอบเพื่อชี้แจงการทำวิจัย วัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ โดยชี้แจง ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบจำนวนของแบบสอบถาม การดำเนินการในการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามและการเก็บรวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้วิจัย

- ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามถึงหัวหน้าพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือผู้ประสานงาน โรงพยาบาล เป้าหมายด้วยตนเองและทางไปรษณีย์ และให้ผู้ประสานงานแจกแบบสอบถามแก่พยาบาลหอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
2. ให้เวลากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยกำหนดเวลาในการตอบแบบสอบถาม 4 สัปดาห์ และผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามคืนที่หัวหน้าพยาบาลหรือผู้ประสานงานวิจัยด้วยตนเอง

3.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

1. เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการทำวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงพยาบาลเป้าหมายที่สุ่มได้
2. ผู้วิจัยชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ประโยชน์ และวิธีดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีอิสระในการเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ มีสิทธิที่จะตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธ โดยข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ โดยปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด นำเสนอเป็นภาพรวม ไม่ชี้เฉพาะเจาะจง ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล (อายุ ระยะเวลาการทำงาน ในวิชาชีพพยาบาล ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม) ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และบรรยากาศองค์กร กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล (การได้รับการอบรมเพิ่มเติม ภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย) กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficients) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ก่อนที่จะทำการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติก่อน

เงื่อนไขของการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

1. ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม เป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง มีค่าในมาตรวัดช่วงมาตราอัตราส่วนมาตร และมีการแจกแจงแบบปกติ
2. ความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร มีลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้น
3. กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่เพียงพอ
4. กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มจากประชากร (Random Selection)
5. ข้อมูลทั้ง 2 ชุด หรือข้อมูลของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ต้องรวบรวมมาจากกลุ่มเดียวกัน หรือรวบรวมมาจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่มีลักษณะจับคู่กัน (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน เป็น สถิตินอนพาราเมตริกซ์ที่ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปร หรือวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น 1 ตัวแปร และ ตัวแปรตาม 1 ตัวแปร โดยตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปรเป็นตัวแปรที่มีค่าในมาตราวัดอันดับมาตรา

เงื่อนไขของการใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

1. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีค่าไม่ต่อเนื่อง โดยมีค่าในมาตราอันดับ มาตราในกรณีเป็นตัวแปร X มีค่าในมาตราวัดอันดับมาตรา แต่ตัวแปร Y มีค่าในมาตราวัดช่วงมาตรา ให้แปลงค่าตัวแปร Y จากค่าในมาตราวัดช่วงมาตราเป็นค่าในมาตราวัดอันดับมาตรา

2. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์เชิงเส้น เนื่องจากสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน เป็นสถิตินอนพาราเมตริกซ์

การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ซึ่งกำหนดค่า r ดังนี้ (Polit & Beck, 2012b)

$r = 1.00$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r > .70$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
$r < .30$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
r มีค่าระหว่าง $.30 - .70$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
$r = 0$	หมายความว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study) เพื่อศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงานและบรรยากาศองค์กร กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ โรงพยาบาลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยซึ่งครอบคลุม 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง สิงห์บุรี ลพบุรี สระบุรีและนครนายก ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 7 โรงพยาบาล จำนวน 330 ราย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลกลับคืนมาจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้นจำนวน 295 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92.7

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล บรรยากาศองค์กร และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลโดยรวมและในองค์ประกอบ ความพึงพอใจและความเหนื่อยหน่าย บรรยากาศองค์กรโดยรวมและองค์ประกอบย่อย ด้านโครงสร้าง ด้านความรับผิดชอบ ด้านการได้รับการยอมรับ ด้านความยึดมั่นผูกพันกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ในส่วนของตัวแปร ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติม ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวม และองค์ประกอบด้านความรู้ทั่วไป ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับอาการ คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลในองค์ประกอบด้านบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บรรยากาศองค์กรในองค์ประกอบด้านมาตรฐานและด้านการสนับสนุน มีการกระจายตัวไม่เป็นแบบปกติ (non-normal distribution) ไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์แมน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ซึ่งพบว่าข้อมูลมีคุณลักษณะเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์แมน

4.1 ผลการวิจัย

ผลการวิจัยได้นำเสนอข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล และผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติม ภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงานและบรรยากาศองค์กร กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 295 ราย เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 32.2) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.0 มีสถานภาพคู่สมรส (ร้อยละ 99) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.2) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 36.6 มีระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11-20 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.9 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรมในช่วง 0-10 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.5 ได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 70.2 ดังแสดงในตาราง 4.1

ตารางที่ 4.1

จำนวน และ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (N = 295)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำนวน (คน)	n	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	0	0
หญิง	295	100
อายุ (M = 40.4, S.D. = 9.3)		
21-30 ปี	58	19.7
31-40 ปี	95	32.2
41-50 ปี	91	30.8
51-60 ปี	51	17.3
ศาสนา		
พุทธ	292	99.0
คริสต์	1	0.3
อิสลาม	1	0.3
อื่น ๆ	1	0.3
สถานภาพ		
โสด	104	35.3
คู่	174	59.0
หม้าย	17	5.8
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	269	91.2
ปริญญาโท	26	8.8

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำนวน (คน)	n	ร้อยละ
ประสบการณ์การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย		
เคย	178	60.3
ไม่เคย	117	39.7
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงาน		
เคย	295	100
ไม่เคย	0	0
จำนวนผู้ป่วยที่เข้าการรักษาในหอผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติงานมีจำนวนผู้ป่วย		
วิกฤติ		
น้อยกว่าร้อยละ 30	144	48.8
ร้อยละ 30 – 60	70	23.7
มากกว่าร้อยละ 60	81	27.5
ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ (M = 17.7, S.D. = 9.4)		
0-10 ปี	77	26.1
11-20 ปี	108	36.6
21-30 ปี	85	28.8
31-40 ปี	25	8.5
ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม (M = 11.3, S.D. = 8.0)		
0-10 ปี	159	53.9
11-20 ปี	97	32.9
21-30 ปี	35	11.9
31-40 ปี	4	1.4
การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแล		
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
เคย	143	48.5
ไม่เคย	152	51.5
มีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงาน		
มี	207	70.2
ไม่มี	88	29.8
มีทีมการดูแล “Palliative care” ที่มีแผนการปฏิบัติงานชัดเจน		
มี	214	72.5
ไม่มี	36	12.2
มีบางแผนก	45	15.3

ระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา ระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำแนกโดยรวมและรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 118.4$, $S.D. = 14.8$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจ ($M = 21.2$, $S.D. = 2.7$) ความสามารถ ($M = 28.0$, $S.D. = 4.7$) ความเชื่อมั่น ($M = 15.2$, $S.D. = 2.9$) ความมีคุณธรรมจริยธรรม ($M = 18.2$, $S.D. = 2.1$) ความมุ่งมั่น ($M = 19.3$, $S.D. = 1.9$) และความประพฤติดอย่างมีอาชีพ ($M = 15.4$, $S.D. = 2.7$) ดังแสดงในตาราง 4.2

ตารางที่ 4.2

คะแนนร้อยละเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำแนกโดยรวมและรายด้าน ($N = 295$)

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของ พยาบาล	พิสัยที่เป็นไปได้ (Min-Max)	พิสัยที่เป็น จริง	M	S.D.	ระดับ
ด้านความเห็นอกเห็นใจ (compassion)	7-28	10-26	21.39	2.76	ปาน กลาง
<i>ข้อคำถามที่คะแนนต่ำที่สุด</i>					
- ฉันเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ ระบายความรู้สึก	1 - 4	1 - 4	1.64	0.62	
- ฉันอยู่เคียงข้างผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติเมื่อ ผู้ป่วยและญาติแสดงความโศกเศร้าในการสูญเสีย	1 - 4	1 - 4	3.13	0.71	
ด้านความสามารถ (competence)	10-40	13-37	28.30	4.78	ปาน กลาง
<i>ข้อคำถามที่คะแนนต่ำที่สุด</i>					
- ฉันสื่อสารกับญาติและบุคลากรสุขภาพ ขณะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1 - 4	1 - 4	1.80	0.67	
- ฉันประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติและผลงานวิจัยที่ ผ่านมาเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และญาติ	1 - 4	1 - 4	2.62	0.87	
ด้านความเชื่อมั่น (confidence)	5-20	5-20	15.41	2.96	ปาน กลาง
<i>ข้อคำถามที่คะแนนต่ำที่สุด</i>					

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของ พยาบาล	พิสัยที่เป็นไปได้ (Min-Max)	พิสัยที่เป็น จริง	M	S.D.	ระดับ
- ฉันแนะนำตัวเองต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ ญาติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความ ไว้วางใจในตัวฉัน	1 - 4	1 - 4	2.88	0.85	
- ฉันให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ ญาติว่าฉันจะอยู่กับผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ ไม่ทอดทิ้งเมื่อเขาต้องการความช่วยเหลือ	1 - 4	1 - 4	3.08	0.70	
ด้านความมีคุณธรรมจริยธรรม (conscience)	6-24	9-22	18.36	2.12	ปาน กลาง
<i>ข้อคำถามที่คะแนนต่ำที่สุด</i>					
- ฉันยึดหลักจริยศาสตร์และกฎหมายควบคุม กันเสมอเมื่อพบความขัดแย้งทางจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1 - 4	1 - 4	1.73	0.63	
- ฉันทำทุกวิถีทางเพื่อปกป้องให้ผู้ป่วยระยะ สุดท้ายและญาติได้รับการพยาบาลและรักษาที่ เหมาะสมในระยะสุดท้ายของชีวิต	1 - 4	1 - 4	3.14	0.69	
ด้านความมุ่งมั่น (commitment)	7-28	8-24	19.42	1.99	ปาน กลาง
<i>ข้อคำถามที่คะแนนต่ำที่สุด</i>					
- ฉันตอบสนองความต้องการการดูแลแก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติอย่างรวดเร็ว เมื่อได้รับการร้องขอ	1 - 4	1 - 4	1.76	0.62	
- ฉันไม่ย่อท้อเมื่อพบกับอุปสรรคในการให้การ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1 - 4	1 - 4	1.83	0.65	
ด้านความประพฤติอย่างมีอาชีพ (comportment)	5 - 20	5 - 20	15.52	2.71	ปาน กลาง
<i>ข้อคำถามที่คะแนนต่ำที่สุด</i>					
- ฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ อย่างมีอาชีพในทุก ๆ เรื่อง	1 - 4	1 - 4	2.96	0.66	
- ฉันดูแลสุขภาพและรูปร่างของฉันให้แข็งแรง เสมอในการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1 - 4	1 - 4	3.02	0.74	
โดยรวม	40 - 160	55 - 146	118.44	14.80	ปาน กลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติม ภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงานและบรรยากาศองค์กร กับ พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ อายุ ($r = .153, p < 0.01$) ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ($r = .136, p < 0.05$) ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = .211, p < 0.01$) คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล ($r = .299, p < 0.01$) ส่วนปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ บรรยากาศองค์กร ($r = .504, p < 0.01$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 4.3

ตารางที่ 4.3

ความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (N = 295)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร	1								
2. อายุ ^๑	.177**	1							
3. ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ^๑	.163**	.946**	1						
4. ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม ^๑	.805	.481**	.497**	1					
5. การได้รับการอบรมเพิ่มเติม ^๑	-.092	-.187**	-.165**	-.067	1				
6. ความรู้ของพยาบาล ^๑	.244**	.176**	.162**	.081	-.128*	1			
6.1 ด้านความรู้ทั่วไป ^๑	.096								
6.2 ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ^๑	.142*								
6.3 ด้านการจัดการกับอาการ ^๑	.183**								
7. คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล ^๑	.270**	-.114	-.103	-.117*	-.037	.086	1		
7.1 ความพึงพอใจ ^๑	.625**								
7.2 บาดแผลทางจิตใจ ^๑	.022								
7.3 ความเหนื่อยหน่าย ^๑	-.430**								
8. การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ^๑	.015	.164**	.177**	-.025	.054	.047	-.030	1	
9. บรรยากาศองค์กร ^๑	.508**	.108	.100	.030	.009	.106	.106	-.116*	1
9.1 โครงสร้าง ^๑	.406**								
9.2 มาตรฐาน ^๑	.331**								
9.3 ความรับผิดชอบ ^๑	.456**								
9.4 การได้รับการยอมรับ ^๑	.390**								
9.5 การสนับสนุน ^๑	.431**								
9.6 ความยืดหยุ่น ^๑	.443**								

a = Pearson's product moment correlation coefficient

b = Spearman rank-order correlation coefficients

*p < 0.05 ** p < 0.01

4.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ โรงพยาบาลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยซึ่งครอบคลุม 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง สิงห์บุรี ลพบุรี สระบุรีและนครนายก ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 7 โรงพยาบาล จำนวน 295 ราย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงทั้งหมด เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับบริบทของพยาบาลไทย ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยเป็นเพศหญิง วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลมีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่เก็บข้อมูลในพยาบาลในประเทศไทย โดยจากการศึกษาของ ชีระชล สาดสิน (2559) ที่ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 91.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารีญา ด่านผาทอง (2552) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.9 สำเร็จการศึกษาระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 77.4 ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) ซึ่งศึกษาซึ่งศึกษาระดับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในภาคใต้ของประเทศไทย โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98 สำเร็จการศึกษาระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 92

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี อายุเฉลี่ย 40.4 ปี มีระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพอยู่ในช่วง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.6 ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม 0-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.9 โดยอายุและประสบการณ์เป็นสิ่งที่แต่ละคนมีแตกต่างกันผ่านเรื่องราวต่าง ๆ ทำให้คนมีความแตกต่างกันในแง่มุมต่าง ๆ โดยอายุที่มากขึ้นและประสบการณ์เพิ่มขึ้นมักจะทำให้บุคคลมีความระมัดระวัง มีการเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานเนื่องจากมีประสบการณ์ในชีวิตมามากกว่า สามารถถ่วงถ่วงปฏิบัติงานได้เหมาะสมกว่าผู้ที่มีอายุน้อยหรือประสบการณ์น้อยกว่า

ในการศึกษาครั้งนี้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียงร้อยละ 48.5 โดยการอบรมให้ความรู้เพิ่มเติม จะเป็นการเพิ่มพูนความรู้เฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) ซึ่งศึกษาการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 40 ที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และในการศึกษาของ ทองทิพย์ พรหมศร (2551) ซึ่งศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยพบว่ามีร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ยังคงมีพยาบาลในประเทศไทยจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่เคยได้รับการอบรมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

และผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.2 ระบุว่าไม่มีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วารินา หนูพินิจ (2559) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู พบว่ามีพยาบาลร้อยละ 95.2 ให้ข้อมูลว่ามีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลที่ตนปฏิบัติงาน เพราะการมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการให้การดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากหน่วยงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเป็นแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ได้แก่ สหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ต่าง ๆ รวมทั้งนโยบาย แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นในโรงพยาบาลที่มีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจน โรงพยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงาน

ระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 118.4$, $S.D. = 14.8$) และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง เป็นไปได้ว่า ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของไทยเพิงบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเข้าในหลักสูตรการเรียนปริญญาตรี และเนื้อหาที่สอนในหลักสูตรในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลระยะสุดท้ายมีเพียงเล็กน้อย เช่น แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อีกทั้งการบรรจุเรื่องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในประเทศไทยเป็นลักษณะการบรรยายเพียง 2-3 ชั่วโมง

นอกจากนี้ที่ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากแผนการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 อาจยังเข้าถึงหน่วยงานต่างๆ รวมถึงรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองยังไม่ชัดเจน เห็นได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างบางส่วน (ร้อยละ 29.8) ที่ให้ข้อมูลว่าหน่วยงานของตนไม่มีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.2 ที่ให้ข้อมูลว่าในหน่วยงานหรือโรงพยาบาลไม่มีทีมการดูแล “Palliative care” ที่มีแผนการปฏิบัติชัดเจน ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้มีความขัดแย้งกับข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ที่รายงานไว้ว่า โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ โรงพยาบาลศูนย์ (A) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 มีการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 100 (สมศักดิ์ อรรณศิลป์, 2560)

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 จะมีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ รัษฎาบุรี ที่มีหออภิบาลดูแลคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เป็นต้นแบบของการดูแลแบบ Hospice และมีแผนการดูแลแบบประคับประคองที่มีความชัดเจน แต่ก็มีข้อจำกัดด้วยพื้นที่ให้บริการ รวมถึงนโยบายการพัฒนารูปแบบการดูแลที่จะขยายการบริการไปยังศูนย์มะเร็งและโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์เพียง 16 โรงพยาบาลทั่วประเทศ ซึ่งอาจยังเข้าไม่ถึงโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา จึงทำให้ภาพรวมของพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เตชทัต อัครนารักษ์ (2557) ซึ่งทำการศึกษากการเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ โดยเก็บข้อมูลในพยาบาลจบใหม่ที่มีอายุงาน 6 – 12 เดือน จำนวน 112 ราย ปฏิบัติงานในภาคใต้ของประเทศไทย ผลการศึกษพบว่าพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง และจากผลการศึกษาของ ชาญด้วยวิทย์ (2002) ซึ่งทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะทางพระพุทธศาสนา และปัจจัยด้านองค์การกับพฤติกรรมการดูแลในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคตะวันออก (Chanduywit, 2002) โดยเก็บข้อมูลในพยาบาลวิชาชีพภาคตะวันออกของประเทศไทย จำนวน 333 คน ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลของ วัตสัน (Watson, 1988) ผลการศึกษพบว่าพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระดับปานกลางเช่นกัน

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) ซึ่งศึกษาระดับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในภาคใต้ของประเทศไทย โดยพบว่าพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีหน่วยชีวันตภิบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานต้นแบบที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับประเทศ มีทีมการดูแลแบบประคับประคองที่เข้มแข็ง นอกจากนี้ยังมีโรคนาศาล โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ซึ่งมีทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เข้มแข็ง อีกทั้งยังมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งคณะกรรมการประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขจากหลายโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในภาคใต้ของประเทศไทยมีการพัฒนาไประดับหนึ่งแล้ว และในการศึกษาของ อารีญา ด้านผาทอง (2552) ซึ่งทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่จำนวน 217 คน ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของ วัตสัน (Watson, 1988) ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก เป็นไปได้ว่า โรงพยาบาลแพร่ และในภาคเหนือของประเทศไทยมีการพัฒนาองค์ความรู้และแนวปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองมาแล้วระยะหนึ่ง โดยมีการจัดประชุมวิชาการ และมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ได้แก่ นโยบายและแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative guideline) ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ซึ่งได้มีการนำไปใช้และขยายผลต่อในหลายโรงพยาบาล จึงเป็นไปได้

ได้ว่าปัจจัยเหล่านี้ทำให้พยาบาลโรงพยาบาลแพร่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลหนึ่งในภาคเหนือมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรอยู่ในระดับมาก

นอกจากนี้ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า พยาบาลอาจมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในระดับปานกลางนั้น ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรรถยา อมรพรหมภักดี (2547) และผลการศึกษาของ ภัทรพร ภัทรวลีและคณะ (2558) ซึ่งศึกษาในภาคกลางและภาคเหนือ โดยพบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรอยู่ในระดับสูง ซึ่งการที่พยาบาลพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรอยู่ในระดับสูงอาจเนื่องมาจาก ทั้ง 2 การศึกษาเป็นการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเฉพาะทางคือสถาบันมะเร็งและโรงพยาบาลศูนย์มะเร็ง ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความเฉพาะทางและผู้ป่วยมะเร็งจะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นจึงส่งผลให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานงานในโรงพยาบาลศูนย์มะเร็งและสถาบันมะเร็งมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรอยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณาคูณลักษณะรายด้านของพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรพบว่า ด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสูงที่สุดคือ ด้านความสามารถ ($M = 28.3$, $S.D. = 4.7$) โดยความสามารถ เป็นสภาวะที่สะท้อนว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความรู้ความสามารถ ทักษะ ประสบการณ์ในการดูแล และสามารถตัดสินใจ มีพลังและแรงจูงใจในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ สามารถแก้ไขปัญหาและให้การดูแลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุม โดยพยาบาลอาจมีการขวนขวายหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจนำแนวปฏิบัติหรือผลงานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อที่จะดูแลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมานลดลง (Prompahakul, 2011) การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านความสามารถสูง อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายร้อยละ 59.2 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.4 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงาน โดยประสบการณ์เป็นสิ่งที่ได้มาจากการผ่านเรื่องราว การพบเจอผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งจากบุคคลในครอบครัวและการปฏิบัติงาน เมื่อพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อนจึงนำความสามารถที่ได้จากประสบการณ์มาใช้ในการทำงานรู้ว่าสิ่งใดที่สมควรปฏิบัติหรือไม่ควรปฏิบัติจึงทำให้ พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านความสามารถจึงมีคะแนนสูงที่สุด โดยข้อคำถามคุณลักษณะด้านความสามารถที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ ข้อคำถาม ฉันสื่อสารกับญาติและบุคลากรสุขภาพขณะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($M = 1.80$, $S.D. = 0.67$) และข้อคำถาม ฉันประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติและผลงานวิจัยที่ผ่านมาเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ ($M = 2.62$, $S.D. = 0.87$)

ด้านความเห็นอกเห็นใจ เป็นคุณลักษณะที่มีคะแนนมากที่สุดเป็นอันดับ 2 ($M = 21.3$, $S.D. = 2.7$) โดยความเห็นอกเห็นใจ เป็นคุณสมบัติที่สะท้อนถึงความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ สัมผัสผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติพยายามสื่อออกมาและแสดงออกโดยการกระทำพฤติกรรมและแววตาให้ผู้ป่วยและญาติเห็นว่าพยาบาลมีความเห็นใจ โดยผลที่ได้มาจากจากการที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีประสบการณ์ส่วนบุคคลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในครอบครัว และมีประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึง สภาพร่างกาย สภาวะอารมณ์ รวมถึงความรู้สึกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงทำให้คะแนนของคุณลักษณะด้านความเห็นอกเห็นใจ ของพยาบาลในการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงเป็นอันดับสอง ในส่วนของข้อคำถามคุณลักษณะด้านความเห็นอกเห็นใจที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ ข้อคำถามฉันเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติระบายความรู้สึก ($M = 1.64$, $S.D. = 0.62$) และข้อคำถามฉันอยู่เคียงข้างผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติเมื่อผู้ป่วยและญาติแสดงความโศกเศร้าในการสูญเสีย ($M = 3.13$, $S.D. = 0.71$)

ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องผลการศึกษาของ เตชทัต อัครณารักษ์ (2557) และ พรหมพาหกุล (2011) ซึ่งศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภายใต้กรอบการดูแลแบบเอื้ออาทรของ โรซ (2002) โดยคุณลักษณะที่มีคะแนนสูงสุดของ เตชทัต อัครณารักษ์ (2557) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ ด้านความเชื่อมั่น และด้านความมีคุณธรรมจริยธรรม ส่วนคุณลักษณะที่มีคะแนนสูงสุดของ พรหมพาหกุล (2011) คือ ด้านความมีคุณธรรมจริยธรรม ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าทั้ง 2 การศึกษาเก็บในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทยซึ่งการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการพัฒนามาเป็นระยะเวลาหนึ่ง จึงทำให้พยาบาลเกิดความเชื่อมั่นและมีคุณธรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล

ในการศึกษานี้พบว่า คุณลักษณะด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ด้านความเชื่อมั่น ($M = 15.4$, $S.D. = 2.9$) ซึ่งความเชื่อมั่นเป็นคุณสมบัติที่แสดงว่าพยาบาลมีความมั่นใจในการดูแล ทำให้ผู้ถูกดูแลเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจ และคุณลักษณะด้านความประพฤติดีอย่างมีอาชีพ เป็นคุณลักษณะที่แสดงออกให้เห็นถึงการตั้งใจดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ มั่นใจในการดูแล โดยในงานวิจัยนี้ คะแนนของคุณลักษณะด้านความเชื่อมั่น และด้านความประพฤติดีอย่างมีอาชีพ มีคะแนนน้อยที่สุดอันดับ 1 และ 2 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า จากข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การที่พยาบาลไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจทำให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างแม้ว่าจะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน แต่พยาบาลอาจยังไม่มั่นใจว่าสิ่งที่ตนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสมหรือสมควรให้การ

พยาบาลแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะการดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถใช้เพียงความรู้พื้นฐานในการให้การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ พยาบาลควรมีความรู้เฉพาะทางในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้พยาบาลเกิดความเชื่อมั่นและมีประพฤติดอย่างมืออาชีพ ในการให้ดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในส่วนของข้อคำถามคุณลักษณะด้านความเชื่อมั่นที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ ข้อคำถาม ฉันแนะนำตัวเองต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจในตัวฉัน ($M = 2.88, S.D. = 0.85$) และข้อคำถาม ฉันให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติว่าฉันจะอยู่กับผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ ไม่ทอดทิ้งเมื่อเขาต้องการความช่วยเหลือ ($M = 3.08, S.D. = 0.70$)

โดยผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าคะแนนด้านคุณลักษณะความเชื่อมั่น และคุณลักษณะด้านความประพฤติดอย่างมืออาชีพมีคะแนนน้อยที่สุด ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เตชทัต อัครนารักษ์ (2557) และผลการศึกษาของ พรหมพาหุล (2011) ซึ่งผลการศึกษาของของเตชทัต อัครนารักษ์ (2557) พบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ คุณลักษณะด้านความสามารถ อาจเนื่องมาจากในการศึกษาของ เตชทัต อัครนารักษ์ (2557) เก็บข้อมูลในพยาบาลจบใหม่ ซึ่งพยาบาลที่จบใหม่อาจยังมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย และพยาบาลจบใหม่ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงทำให้ในการศึกษาของ เตชทัต อัครนารักษ์ ทำให้คุณลักษณะด้านความสามารถในมีคะแนนต่ำที่สุด ส่วนการศึกษาของ พรหมพาหุล (2011) คุณลักษณะของพยาบาลในการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ คุณลักษณะด้านความสามารถ และด้านความประพฤติดอย่างมืออาชีพ ซึ่ง โดยทั้ง 2 ผลการศึกษาพบตรงกันว่าด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านความสามารถ อาจเนื่องมาจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรในประเทศไทยยังมีการเรียนการสอนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของทั้ง 2 การศึกษาไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงทำให้คุณลักษณะด้านความสามารถมีคะแนนต่ำที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติม ภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงานและบรรยากาศองค์กร กับ พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และปัจจัยภายนอก ได้แก่ บรรยากาศองค์กร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

การที่ผลการศึกษานี้พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4.3) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า อายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลแตกต่างกันในเรื่องของความคิดและพฤติกรรม บุคคลที่มีอายุมากขึ้นมักจะมีวุฒิภาวะ มีความมั่นคงทางด้านอารมณ์ มีวุฒิภาวะทางด้านความคิดและการกระทำมากขึ้น รู้ว่าอะไรเหมาะสม สมควรกระทำ จึงมีแนวโน้มที่บุคคลที่มีอายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรที่ดีกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยกว่า (ณัฐสุดา สัจนันท์กุล, 2541; เตชทัต อัครณารักษ์, 2557; ทองทิพย์ พรหมศร, 2551; อรรธยา อมรพรหมภักดี, 2547; อารีญา ด่านผาทอง, 2552; Abu Hasheesh et al., 2014; Ferrell et al., 2000; White et al., 2001;) สอดคล้องกับผลการศึกษาของพรหมพาหกุล (2011) ซึ่งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล และผลการศึกษาของอรรธยา อมรพรหมภักดี (2547) ซึ่งพบว่าพยาบาลที่มีอายุ 40-60 ปี จะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลในช่วงอายุ 20-39 ปี นอกจากนี้ผลการศึกษา ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารีญา ด่านผาทอง (2552) ซึ่งพบว่า พยาบาลที่มีอายุ 41 ปีขึ้นไปมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่ากลุ่มอายุ 20-30 ปี อย่างไรก็ตามการที่ผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าอายุของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ โภคพลากรณ์ (Pokpalakorn, 2005) ซึ่งพบว่าอายุของพยาบาลที่เพิ่มขึ้นไม่มีผลต่อการพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร โภคพลากรณ์ (Pokpalakorn, 2005) อธิบายไว้ว่าอาจเนื่องมาจากพยาบาลอาจมีความสนใจในเรื่องอื่น ๆ มีเรื่องราวในชีวิตที่เพิ่มขึ้นตลอดจนสภาพแวดล้อมของพยาบาล ความเชื่อ หรือและการให้คุณค่ากับสิ่งอื่น ๆ จึงทำให้อายุของพยาบาลที่เพิ่มขึ้นไม่มีผลต่อการพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร (Pokpalakorn, 2005)

ปัจจัยด้านระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4.3) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ประสบการณ์ที่มากขึ้นของบุคคลจากระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งมาจากประสบการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะวิชาชีพทางการแพทย์และการพยาบาล ในบริบทของการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงตามสภาพสังคม และโครงสร้างประชากร รวมถึงความก้าวหน้าทางการแพทย์ จึงทำให้พยาบาลที่มีอายุงานมากมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่มีอายุงานน้อยกว่า (เดชทัต อัครณารักษ์, 2557; ทองทิพย์ พรหมศร, 2551; อรรถยา อมรพรหมภักดี, 2547; Ferrell et al., 2000) ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารีญา ด้านผาทอง (2552) ซึ่งพบว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงาน 31-40 ปี มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ 2-10 ปี และผลการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยี่สุน ใจดี (2540) ที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี มีการดูแลรายปัจจัยที่ดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภัทรพรและคณะ (2558) ที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โดยพยาบาลที่เคยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาจำนวนมากกว่า จะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีกว่าพยาบาลที่ไม่เคยหรือเคยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาจำนวนน้อยกว่า (ภัทรพร ภัทรวลีและคณะ, 2558)

ปัจจัยด้านความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4.3) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า การเข้าใจอย่างถ่องแท้ในองค์ความรู้ของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะทำให้พฤติกรรมซึ่งเป็นกิจกรรมที่กระทำออกมาตามพื้นฐานความรู้ที่มี โดยผลการศึกษาที่สอดคล้องกับองค์ประกอบย่อยของพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในด้าน ความสามารถ ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนสูงที่สุด อธิบายได้ว่า พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายย่อมสามารถให้การดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดี โดยผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับในงานวิจัยของประเทศสิงคโปร์ (Mahendran et al., 2014) ที่ศึกษาในพยาบาลหน่วยโรคมะเร็งจำนวน 154 คน ในสถาบันโรคมะเร็ง ผลการศึกษพบว่า พยาบาลที่เข้าโปรแกรมมีการนำความรู้ไปใช้มากขึ้นและมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เดชทัต อัครณารักษ์ (2557) ซึ่งพบว่าความรู้ไม่มีผลกับพฤติกรรมการ

ดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลจบใหม่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นไปได้ว่าพยาบาลจบใหม่มีความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ค่อยแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงไม่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4.3)

โดยองค์ประกอบของความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อธิบายได้ว่าพยาบาลที่มีความพึงพอใจจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีความรู้สึกยินดีเมื่อเห็นผู้ป่วยเกิดความสุขสบายจากการปฏิบัติการพยาบาล การให้การดูแลของตน ได้ทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น รู้สึกดีเมื่อได้ช่วยเหลือบุคคลอื่น เป็นความพึงพอใจจากการที่พยาบาลได้แบ่งปันความทุกข์จากผู้ป่วย การดูแลมุ่งเน้นที่การบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยด้วยการใช้ทักษะของตัวเอง หรือ ทรัพยากรที่มีอยู่ การที่ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยลงและเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเป็นรางวัลที่ดีที่สุดของการดูแล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลรู้สึกถึงความรู้สึกอิ่มเอมและทำให้พยาบาลมีกำลังใจและมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทร

องค์ประกอบด้านความเหนื่อยหน่ายมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยอธิบายได้ว่า พยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายมากจะมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรลดลง โดยความรู้สึกเหนื่อยหน่าย ซึ่งประกอบไปด้วย ความอ่อนเพลีย ความขัดข้อง ความโกรธ ความหมดหวังในสิ่งที่ทำ และ จากการปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่มีความกดดัน หรือภาระงานที่หนักเกินไป โดยความรู้สึกนี้อาจจะค่อย ๆ เกิดขึ้นและสะสมจนกลายเป็นความรู้สึกเหนื่อยหน่าย โดยความรู้สึกเหนื่อยหน่ายมักเกิดจากภาระงานที่หนักหรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน พยาบาลจะมีความรู้สึกไม่อยากดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ค่อย ๆ แยกตัวเองออกจากผู้ป่วย และเพิกเฉยต่อการต้องการความดูแลของผู้ป่วย (Coetzee & Klopper, 2010) นั่นคือการไม่มีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรนั่นเอง

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าองค์ประกอบด้านบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยอธิบายได้ว่า ไม่ว่าพยาบาลที่มีบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น หรือความเครียดจากการดูแลผู้อื่นอยู่ในระดับใดล้วนไม่มีผลกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องมาจากคุณลักษณะการดูแลแบบเอื้ออาทรทั้ง 6 ของโรซ (2002) เป็นตัวบ่งชี้ถึงความเป็นมืออาชีพของพยาบาลในการดูแลผู้อื่น ดังนั้นบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่นจึงไม่มีผลกระทบกับพยาบาลที่มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทร นอกจากนี้กลุ่ม

ตัวอย่างเป็นพยาบาลไทย ซึ่งการเรียนการสอนของหลักสูตรพยาบาลไทยมีการฝึกงาน การเรียนรู้บนหอผู้ป่วยตั้งแต่ระดับชั้นปีที่ 1-2 ตลอดจนจบการศึกษา ซึ่งการขึ้นฝึกปฏิบัติ การเผชิญกับความทุกข์ทรมานหรือความสูญเสียย่อมเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลจนเข้าสู่วิชาชีพ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงส่งผลให้พยาบาลมีความมั่นคงทางจิตใจในระดับหนึ่ง ดังนั้นบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่นของกลุ่มตัวอย่างจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้คะแนนบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำเท่านั้น อาจเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่นกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า บรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4.3) อธิบายได้ว่า บรรยากาศองค์กรซึ่งสะท้อนถึงแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน นั่นคือพยาบาลที่รับรู้ว่าองค์กรที่มีแรงจูงใจที่ดีจะทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี แต่หากถ้าพยาบาลปฏิบัติงานในองค์กรที่บรรยากาศไม่มีแรงจูงใจที่ดี องค์กรไม่สนับสนุน ไม่มีการให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานจะส่งผลให้พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ดี จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรศนิยาภรณ์ ฤกษ์ฉายฤทธิ์ (2556) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลพื้นที่ภาคใต้ของประเทศ ผลการวิจัยพบว่า บรรยากาศองค์กรของห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ในการศึกษาของ ภัทรพร ภัทรวลีและคณะ (2558) ซึ่งศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรด้านพยาบาลและองค์กรกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร และจากการศึกษาของ อรพรรณ ไชยเพชร (2551) พบว่าการมีภาระงานมากเกินไป การทำตามคำสั่งแพทย์ทำให้พยาบาลไม่สามารถบริหารเวลาเพื่อดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยการที่หัวหน้างานให้ความสำคัญในผู้ป่วยใกล้ตาย กฎระเบียบ การจัดสิ่งแวดล้อม การจัดหาทรัพยากร ความชัดเจนของนโยบายที่ชัดเจนของสถานที่ปฏิบัติงานล้วนมีผลต่อการทำงานของพยาบาลทั้งสิ้น

องค์ประกอบด้านโครงสร้างมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยอธิบายได้ว่า การที่องค์กรมีรูปแบบของการดูแลระยะสุดท้ายที่ชัดเจน มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ โดยมีนโยบายรวมถึงคำอธิบายบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของพยาบาลไว้อย่างชัดเจน โดยถ้าพยาบาลมีความรู้สึกว่าการปฏิบัติงานมีโครงสร้างที่ดี (Stringer, 2002) มีผลอย่างยิ่งในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจให้พยาบาลดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดี

องค์ประกอบด้านมาตรฐานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยอธิบายได้ว่า พยาบาลมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติงานมีแรงผลักดันให้มีการปรับปรุงการปฏิบัติงาน พัฒนาความรู้แก่บุคลากร มีการคัดกรองผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีมาตรฐานในการดูแล และมีระบบในการติดตามคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองอย่างชัดเจน (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2559) ทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดี

องค์ประกอบด้านความรับผิดชอบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยอธิบายได้ว่า ในหน่วยงานที่ให้ความสำคัญไว้วางใจกับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้แก้ปัญหาในการปฏิบัติงานด้วยตนเอง มีการทำโครงการหรือสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ให้กับหน่วยงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ (Stringer, 2002) รวมทั้งโครงการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีผลทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดี

องค์ประกอบด้านการได้รับการยอมรับมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยอธิบายได้ว่า ในหน่วยงานที่มีการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรางวัลเมื่อทำดี หรือมีบทลงโทษมีผลทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีการให้รางวัล การติชม สามารถพัฒนาตนเอง (Stringer, 2002) ส่งผลให้พยาบาลเกิดพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรที่ดี

องค์ประกอบด้านการสนับสนุนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยอธิบายได้ว่า การที่หน่วยงานมีเพื่อนร่วมงานที่ดี ผู้บังคับบัญชาใส่ใจในการทำงาน (Stringer, 2002) มีผลทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้น ๆ มีพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดี

องค์ประกอบด้านความยึดมั่นผูกพันมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยอธิบายได้ว่า ความภาคภูมิใจในหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ไม่คิดย้ายหน่วยงาน เป็นการแสดงออกของความจงรักภักดี โดยพยาบาลที่มีความรู้สึกผูกพันกับองค์กรย่อมมีผลทำให้พยาบาลปฏิบัติหน้าที่ดีกว่าพยาบาลที่มีความคิดอยากย้าย

องค์กร (Stringer, 2002) โดยส่งผลให้พยาบาลมีพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีตามไปด้วย

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถอธิบายได้ดังนี้ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยและศัลยกรรมเป็นเวลานานไม่ได้มีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรมน้อยกว่า และความแตกต่างของหอผู้ป่วยไม่ได้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อธิบายได้ว่าไม่ว่าพยาบาลปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากบริบทการทำงานของพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ระบบการทำงานมีความคล้ายคลึงกัน นอกจากนี้บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจยังไม่ชัดเจน ยังรวมอยู่ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป ถึงแม้จะมีนโยบายว่าในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 มีการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 100 แต่อย่างไรก็ตามนโยบายอาจยังเข้าไม่ถึงระดับการปฏิบัติในหอผู้ป่วย เห็นได้จากการตอบแบบสอบถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.8 ให้ข้อมูลว่าในโรงพยาบาลที่ตนปฏิบัติงานอยู่ไม่มีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.2 ให้ข้อมูลว่าในโรงพยาบาลที่ตนปฏิบัติงานอยู่ไม่มีทีมการดูแล “Palliative care” ที่มีแผนการปฏิบัติงานชัดเจนดังนั้นก็ทำให้ปัจจัยด้านระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชาญด้วยวิทย์ (2002) ซึ่งพบว่าสถานที่ปฏิบัติงานไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแล แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กุสุมา ปิยะศิริภรณ์ (2545) และอรรธยา อมรพรหมภักดี (2547) ซึ่งพบว่าสถานที่ปฏิบัติงานมีผลต่อพฤติกรรมการดูแล อาจเนื่องมาจากในพื้นที่ที่กุสุมา ปิยะศิริภรณ์ (2545) และอรรธยา อมรพรหมภักดี (2547) ทำการศึกษาบริบทของการดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่ที่ได้พัฒนาไปแล้วระดับหนึ่ง นอกจากนี้ผลการศึกษาของ อารีญา ด้านผาทอง (2552) ยังพบว่า พยาบาลที่อยู่ในหอผู้ป่วยพิเศษมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรดีกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ และหอผู้ป่วยไอซียู อาจเนื่องมาจากภาระงานในหอผู้ป่วยพิเศษมีน้อยกว่าหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ และหอผู้ป่วยไอซียูจึงมีเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางที่กำหนดได้มากกว่า

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าจะมีการจัดอบรมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กับกลุ่มตัวอย่าง แต่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างอาจเข้ารับการอบรมเพียง 1-2 ครั้ง ซึ่งเป็นจำนวนครั้งที่น้อย และอาจไม่เพียงพอในการเพิ่มพูนความรู้จนสามารถนำไปปฏิบัติได้ และการจัดอบรมส่วนใหญ่เป็นเพียงการอบรมแบบบรรยายไม่ใช่อบรมเชิงปฏิบัติการ ด้วยจากเหตุผลดังกล่าวจึงอาจทำให้พยาบาลที่เข้าอบรมยังไม่สามารถนำผลจากการได้รับการอบรมเพิ่มเติมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรได้ นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรประกอบไปด้วยคุณลักษณะ 6 ประการ และมีหลักการสำคัญคือการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ปลอดภัย เกิดความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งการฝึกอบรมเพิ่มเติมมักเป็นการอบรมแบบให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทางด้านกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นพฤติกรรมที่มาจากคุณลักษณะส่วนบุคคล การให้ความรู้เพิ่มเติมอาจไม่ได้ผลดีเท่ากับการที่พยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถตระหนักได้ด้วยตนเองผ่านประสบการณ์ หรือผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ดังนั้นการได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจไม่ได้ทำให้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีขึ้น โดยผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับ โภคพลากรณ์ (Pokpalakorn, 2005) ที่พบว่าการฝึกอบรมหาความรู้เพิ่มเติมไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่อย่างไรก็ตามการที่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจไม่ได้ทำให้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีขึ้นมีความไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำและคณะ (2554) ที่ทำการศึกษากการจัดโปรแกรมฝึกอบรมความรู้ช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพยาบาล โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นภายหลังได้รับการอบรม

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อธิบายได้ว่า แม้ว่าในสถานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างจะมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ไม่ใช่เป็นตัวบ่งชี้ว่าหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะสามารถขับเคลื่อนให้มีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีประสิทธิภาพ อาจเนื่องมาจาก ในบางโรงพยาบาลการดูแลแบบประคับประคองเป็นเรื่องที่ใหม่ หรือโรงพยาบาลอาจมีความขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือบุคลากรในหน่วยงานมีการเห็นต่างกันในบริบทการดูแลระยะสุดท้าย การไม่มีแผนงานการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ โดยจากการเก็บข้อมูลพบว่า ทุกโรงพยาบาลที่เข้าเก็บข้อมูล พยาบาลให้ข้อมูลต่างกันแม้ว่าจะปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเดียวกัน โดยบางส่วนให้

ข้อมูลว่าในโรงพยาบาลที่ตนเองปฏิบัติงานมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่บางส่วนที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเดียวกันกลับบอกว่าในโรงพยาบาลที่ตนปฏิบัติงานไม่มีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งอาจเกิดจากหน่วยงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่งจัดตั้งขึ้นในโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานยังไม่ทราบถึงการจัดตั้งหน่วยงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้น จึงทำให้แม้ว่าจะมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงานแต่ก็ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภัทรพร ภัทรวลีและคณะ (2558) ซึ่งพบว่าการมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจทำให้พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลดีขึ้น อาจเนื่องมาจากการศึกษาของ ภัทรพร ภัทรวลีและคณะ (2558) เป็นการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลมะเร็งที่การดูแลแบบประคับประคองมีการพัฒนามาแล้วระดับหนึ่ง นอกจากนี้จากการศึกษาของเฟอร์เรลและคณะ พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีความเฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีกว่าพยาบาลอื่น (Ferrell et al., 2000)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายศึกษาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงานและบรรยากาศองค์กร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวม 7 โรงพยาบาล ครอบคลุม 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง สิงห์บุรี ลพบุรี สระบุรีและนครนายก จำนวน 330 ราย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลกลับคืนมาทั้งสิ้นจำนวน 295 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 89.39

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (3) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และ (5) แบบประเมินบรรยากาศองค์กร ซึ่งแบบประเมินลำดับที่ 2 – 5 ได้ผ่านกระบวนการหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัยมาแล้ว ได้แก่ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) สำหรับค่าความเชื่อมั่น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และแบบประเมินบรรยากาศองค์กร ไปหาความเชื่อมั่นในกลุ่มทดลองที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .97 .85 และ .84 ตามลำดับ เมื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 295 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 97 .79 และ .91 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อนำไปหาความเชื่อมั่นในกลุ่มทดลองที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 ได้ค่าความเชื่อมั่น .58 และเมื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 295 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .79

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล บรรยากาศองค์กร และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลโดยรวมและองค์ประกอบย่อย ด้านความพึงพอใจ และด้านความเหนื่อยหน่าย บรรยากาศองค์กรโดยรวมและองค์ประกอบย่อย ด้านโครงสร้าง ด้านความรับผิดชอบ ด้านการได้รับการยอมรับ และด้านความยึดมั่นผูกพันกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ในส่วนของตัวแปร ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติม ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวม และองค์ประกอบย่อย ด้านความรู้ทั่วไป ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับอาการ องค์ประกอบย่อยของคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลด้านบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย องค์ประกอบย่อยของบรรยากาศองค์กรด้านมาตรฐานและด้านการสนับสนุน มีการกระจายตัวไม่เป็นแบบปกติ (non-normal distribution) ไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ซึ่งพบว่าข้อมูลมีคุณลักษณะเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 32.2 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.0 มีสถานภาพคู่ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.0) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 91.2) ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11-20 ปี (ร้อยละ 36.6) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.9 มีระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม 0-10 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.5 ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายหลังการจบการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.2 ให้ข้อมูลว่ามีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 70.2

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 118.4$, $S.D. = 14.8$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจ ($M = 21.2$, $S.D. = 2.7$) ความสามารถ ($M = 28.0$, $S.D. = 4.7$) ความเชื่อมั่น ($M = 15.2$, $S.D. = 2.9$) ความมีคุณธรรมจริยธรรม ($M = 18.2$, $S.D. = 2.1$) ความมุ่งมั่น ($M = 19.3$, $S.D. = 1.9$) และความประพฤติดังมีอาชีพ ($M = 15.4$, $S.D. = 2.7$)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

- ปัจจัยด้านระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ปัจจัยภายใน

- ปัจจัยด้านอายุ ($r = .177$, $p < 0.01$) ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ($r = .163$, $p < 0.01$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ปัจจัยด้านความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .244$, $p < 0.01$)

- คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .270, p < 0.01$)

ปัจจัยภายนอก

1. บรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .508, p < 0.01$)

5.2 จุดเด่นในงานวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ซึ่งยังไม่พบผู้ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อนในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4

2. จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาในส่วนของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องเพื่อยกระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5.3 ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ผลการศึกษาจึงไม่สามารถอ้างอิงประชากรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในภูมิภาคอื่น หรือทั้งประเทศได้ เพราะแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกัน เช่น ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการพัฒนางานการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก้าวหน้าไปมาก

2. ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในโรงพยาบาลที่มีหลายระดับทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลทั่วไป บริบทของพยาบาลอาจมีแตกต่างกันมาก ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้จึงสะท้อนในภาพรวม แต่อาจไม่สามารถอ้างอิงของประชากรแต่ละระดับได้

5.4 ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ดังนี้

1. เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า มีพยาบาลถึงร้อยละ 51.5 ที่ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติม ภายหลังการจบการศึกษาในระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิตในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และยังพบว่าความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = .244, p < 0.01$) ผู้บริหารโรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารพยาบาล ควรตระหนักในสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น โดยการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในองค์กรให้มีความรู้มากขึ้น

2. จากผลการศึกษาที่พบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.8 ให้ข้อมูลว่าโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่มีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และพยาบาลร้อยละ 12.2 ให้ข้อมูลว่าหน่วยงานที่ตนปฏิบัติงานไม่มีมีทีมการดูแล “Palliative care” ที่มีแผนการปฏิบัติงานชัดเจน ดังนั้นโรงพยาบาลควรมีการจัดสรรให้มีหอผู้ป่วยเฉพาะทาง โดยไม่ควรให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยทั่วไป เพราะการดูแลระยะสุดท้ายต้องการการดูแลแบบเฉพาะ และควรมีการมอบหมายงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจน เช่นการให้พยาบาลที่มีคุณลักษณะที่เหมาะสม มีความรู้ความสามารถและทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เกิดการตายดี

2. ในงานวิจัยนี้ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ โรงพยาบาลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งในส่วนของ หอผู้ป่วยอื่น ๆ และในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการอื่น ๆ ยังมีผู้ศึกษาน้อย

3. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว แล้วอาจนำผลที่ได้มาเปรียบเทียบกัน เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเก็บข้อมูลในพยาบาลเท่านั้น ผลการศึกษาที่ได้จึงเป็นการรับรู้ของพยาบาลเท่านั้น

4. อาจมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่อาจทำให้เข้าใจทัศนคติและปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 มากขึ้น

รายการอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/test/whoqol/>
- กัลยา กังสนันท์ และวิภาวรรณ กลิ่นหอม. (2560). คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตพื้นที่ 1 จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารการจัดการ (WMS Journal of Management)*, 6(2), 72-82.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กิตติกร นิลมานัต. (2556). อาการและการจัดการอาการในระยะสุดท้ายของชีวิต Symptom and Symptom mangement at the End of Life. ใน กิตติกร นิลมานัต และวรภรณ์ คงสุวรรณ (บรรณาธิการ), *ปรากฏการณ์ที่พบบ่อยในระยะสุดท้ายของชีวิตและการดูแล Common Phenomena in the End-of-life Stage and Caring* (หน้า 16-52). สงขลา: จอยปรีนท์ จำกัด.
- กิตติพล นาควิโรจน์. (2559). ภาวะเบื่ออาหารและน้ำหนักลดในผู้ป่วยระยะท้าย : Anorexia Cachexia Syndrome. ใน กิตติพล นาควิโรจน์ (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว*. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- กุสุมา ปิยะศิริภณห์. (2545). *พฤติกรรมกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่.
- ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, อัจฉริยา ปทุมวัน, สมทรง จุไรทัศน์ย์ และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2554). ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 17(1), 126-140.
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง (NURSE'S ROLE IN PALLIATIVE CARE). *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 30(1), 100-109.
- จิรา แก่นยะกุล. (2548). *พฤติกรรมกรรมการดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้สูงอายุไทยพุทธที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- จุฑาภาติ กลิ่นเฟื่อง. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน และบรรยากาศองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- จิตติณัฐ อัครเดชนันต์. (2559). หลักการดูแลแบบประคับประคอง. ใน จิตติณัฐ อัครเดชนันต์ (บรรณาธิการ), *คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองฉบับพกพา* (หน้า 1-7). เชียงใหม่: Good Work Media.
- ณัฐวุฒิ อรินทร์, อรพินท์ ชูชม, ดุษฎี โยเหลา และนำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล. (2556). การทำหน้าที่ตัวแปรศูนย์กลางของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิต และพฤติกรรม การปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 19(1), 99-118.
- ณัฐสุตา สุนันทกุล. (2541). *ปัจจัยด้านครอบครัว การทำงานและลักษณะส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์ สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ตามพวรรณ คุณคำ และเบญจมาศ เป็นบุญ. (2555). *ความรู้สึกรักดีและความพึงพอใจของผู้รับบริการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (โครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*. สืบค้นจาก www.hospital.tu.ac.th/km/admin/new/020517_134829.pdf
- ดา ริน จุ ทร ภั ท ร พ ร . (2 5 5 8) . *Anorexia-Cachexia syndrome*. สืบค้นจาก <http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative15th>
- เดชทัต อัครนารักษ์. (2557). *การเตรียมความพร้อม ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เต็มศักดิ์ พิงรัมย์. (2553). *การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย*. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และ ฉันทาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ.), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 15-24). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด.
- เต็มศักดิ์ พิงรัมย์. (2559). *การดูแลผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิต*. ใน กิตติพล นาควิโรจน์ (บรรณาธิการ.), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว* (หน้า 170-176). กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด.

- ทรง พิลาลัย. (2016). *บริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีคนเป็นศูนย์กลาง*. เอกสารนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 17 คุณภาพในทุกลมหายใจ (Enjoy Quality Every Moment), ศูนย์ประชุมอิมแพ็คฟอรั่ม เมืองทองธานี.
- ทองทิพย์ พรหมศร. (2551). *การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ธนกร บุญส่งเสริมสุข. (2551). *ความพึงพอใจของผู้ประกันตนตามโครงการประกันสังคมต่อการให้บริการของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา, พระนครศรีอยุธยา.
- ธนิตฐา สมัย. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความฉลาดทางอารมณ์ บรรยากาศองค์การ และพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ธีระชล สาดสิน. (2559). *สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2559). *การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตายและครอบครัว*. เชียงใหม่: Good Work Media.
- บุญใจ ศรีสฤติย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญใจ ศรีสฤติย์นรากร. (2558). *การแปลเครื่องมือวิจัยฉบับภาษาต่างประเทศและการตรวจสอบคุณภาพ*. วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร, 4(2), 49-61.
- บุษยามาส ชิวสกุลยง. (2559). *ภาวะหายใจลำบาก (Dyspnea)*. ใน กิตติพล นาควิโรจน์ (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว*. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด
- ปกรณ ทองวิไล. (2553). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ทางการแพทย์) “ช่วยให้เกิดการตายอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง”*. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 2(5), 12-16.

- ปรีศนิยาภรณ์ ฤกษ์ฉายุทธิ์. (2556). *พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พิกุล พรพิบูลย์. (2559). บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลในวาระท้ายของชีวิต. ใน รัฐติณัฐ อัครเดชอนันต์ (บรรณาธิการ), *คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองฉบับพกพา* (หน้า 8-12). เชียงใหม่: Good Work Media.
- แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา. (2551). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ภัทรพร ภัทรวดี, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, และวรรณภา ประไพพานิช. (2558). ปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมะเร็ง. *วารสารโรคมะเร็ง*, 35(2), 56-67.
- ยี่สุน ใจดี. (2540). *ปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการดูแลในโรงพยาบาลรามาธิบดี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถมากร. (2558). *การดูแล...ก่อนจากไปด้วยหัวใจตระหนักรู้ (Palliative Care Awareness and Practical Approach)*. นนทบุรี: โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559.
- วราภรณ์ คงสุวรรณ และชุลีพร พรหมพาหุล. (2556). การดูแลในการพยาบาลบุคคลระยะสุดท้าย Caring in Nursing Persons at the End of Life. ใน กิตติกร นิลมานันต์ และวราภรณ์ คงสุวรรณ (บรรณาธิการ), *ปรากฏการณ์ที่พบบ่อยในระยะสุดท้ายของชีวิตและการดูแล Common Phenomena in the End-of-life Stage and Caring* (หน้า 1-15). สงขลา: จอยปรีนท์ จำกัด.
- วัชรพล ทองหอม. (2552). *พฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการที่มีต่อการบริหารจัดการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการทั่วไป มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา, พระนครศรีอยุธยา
- วันทิวา วัฒนะโชติ. (2540). *การสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายตามการรับรู้และการปฏิบัติงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

- วัลภา กลิ่นคล้ายกัน. (2552). *พฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการทั่วไป มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา, พระนครศรีอยุธยา.
- วัลลภ สุธรรมาภรณ์. (2550). *พฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลเสนา*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการทั่วไป มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา, พระนครศรีอยุธยา.
- วารินา หนูพินิจ. (2559). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิมล คชะ. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศองค์การ เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล กับวิธีเผชิญปัญหาในงานของพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ศรีรัตน์ มากมาย, ฉัตรชัย สิริชยานุกูล และธราณี สิริชยานุกูล. (2556). อาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล : กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรคมะเร็ง*, 33(4), 132-145.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2553). ช่วงขณะสุดท้ายของชีวิต : ภาวะร่างกายและการดูแล. *จดหมายข่าวอาทิตยอัสดง*, 2(6), 6-14.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2553). *เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2559). General criteria of Palliative Care (NHS of UK). ใน *อากาศ พัฒนเรืองไโล (บรรณาธิการ), List disease of Palliative care and Functional unit*. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด.
- สมคิด จันทน์นวม. (2538). *การศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของตนเองและผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคกลาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สมศักดิ์ อรรถศิลป์. (2560). *นโยบายกระทรวงสาธารณสุข การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง*. เอกสารนำเสนอในโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาลวิชาชีพ เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง”, โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ.

- สันต์ หัตถิรัตน์. (2543). *สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อุกาการพิมพ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558). *รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2558*. สืบค้นจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/healthresource2558_100160.pdf.
- สิวลี ศิริโล. (2542). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรี ตรีอำนาจ. (2541). *บรรยากาศองค์การของโรงพยาบาลตำรวจ*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- สุภาพร ดาวดี. (2548). การใช้ทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารคุณภาพการพยาบาล*, ฉบับปฐมฤกษ์, 26-46.
- สุภาพร ดาวดี. (2551). พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลไทย: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย Thai Nurses' Caring Behaviors: Dying Patients' Care. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2(2), 62-78.
- สุวคนธ์ กุรัตน, พัทธี ภาระโซ และสุวิริยา สุวรรณโคตร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล*. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- อภิรดี ลดาวัลย์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และวันฉนิ วิรุฬห์พานิช. (2548). การสำรวจอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(2), 285-295.
- อรพรรณ ไชยเพชร. (2551). *ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อรรธยา อมรพรหมภักดี. (2547). *พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อากาศ พัฒนเรืองไ. (2559). การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย (Palliative care). ใน *กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (บรรณาธิการ), การประชุมวิชาการกรมการแพทย์ ประจำปี 2559 : เส้นทางความสำเร็จกับความเป็นเลิศทางการแพทย์ Way of Achievement with Excellence in Medical Services* (หน้า 33-35). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อาทิตย์ ชัยธนสาร. (2559). การดูแลอาการทางระบบประสาทในผู้ป่วยระยะท้าย. ใน *กิตติพล นาควิโรจน์ (บรรณาธิการ), คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว*. กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด.

- อารีญา ด้านผาทอง. (2552). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่. *วารสารกองการพยาบาล*, 36(1), 15-26.
- อิชยา สุวรรณกุล และนนุช เชาวศิลป์. (2542). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ใช้บริการ. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล*, 3(1), 45-60.
- Abu Hasheesh, M. O., Al-Sayed AboZeid, S., Goda El-Zaid, S., & Alhujaili, A. D. (2014). *Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan*. Retrieved from <http://hypatia.teiath.gr/xmlui/handle/11400/1466>
- Anewalt, P. (2009). Fired up or burned out? Understanding the importance of professional boundaries in home healthcare and hospice. *Home healthcare nurse*, 27(10), 590-597. doi:10.1097/01.NHH.0000364181.02400.8c
- Ayed, A., Sayej, S., Harazneh, L., Fashafsheh, I., & Eqtait, F. (2015). The Nurses' Knowledge and Attitudes towards the Palliative Care. *Journal of Education and Practice*, 6(4), 91-99.
- Bloom, B. (1964). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals: Handbook I: Cognitive domain*. New York: David McKay.
- Boberg, E. W., Gustafson, D. H., Hawkins, R. P., Offord, K. P., Koch, C., Wen, K. Y., . . . Salner, A. (2003). Assessing the unmet information, support and care delivery needs of men with prostate cancer. *Patient education and counseling*, 49(3), 233-242.
- Boyle, D. A. (2006). Desperate nursewives (Editorial). *Oncology Nursing Forum*, 33(1), 11.
- Brazil, K., Brink, P., Kaasalainen, S., Kelly, M. L., & McAiney, C. (2012). Knowledge and perceived competence among nurses caring for the dying in long-term care homes. *International journal of palliative nursing*, 18(2), 77-83. doi:10.12968/ijpn.2012.18.2.77
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155-163. doi:10.1007/s10615-007-0091-7
- Bush, N. J. (2009). Compassion fatigue: are you at risk? *Oncology Nursing Forum*, 36(1), 24-28. doi:10.1188/09.onf.24-28

- Champman, K., & Rush, K. (2003). Patient and family satisfaction with cancer-related information: a review of the literature. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique*, 13(2), 107-116.
- Chanduyawit, S. (2002). *The relationship between personal factors, Buddhist characteristics and organizational factors and caring behaviors in General and Regional Hospitals in Eastern region*. (Master's thesis), Mahidol University Thailand.
- Chung, K. H., & Megginson, L. C. (1981). *Organizational behavior: Developing managerial skills*. New York: Harper & Row.
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & health sciences*, 12(2), 235-243. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x
- Del Ferraro, C., Grant, M., Koczywas, M., & Dorr-Uyemura, L. A. (2012). Management of Anorexia-Cachexia in Late Stage Lung Cancer Patients. *Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 14(6). doi:10.1097/NJH.0b013e31825f3470
- Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N., & Calman, K. (2005). *Oxford textbook of palliative medicine* (3 ed.). New York: Oxford University Press.
- Eakin, E. G., & Strycker, L. A. (2001). Awareness and barriers to use of cancer support and information resources by HMO patients with breast, prostate, or colon cancer: patient and provider perspectives. *Psychooncology*, 10(2), 103-113.
- Fainsinger, R., Miller, M. J., Bruera, E., Hanson, J., & Maceachern, T. (1991). Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *Journal of palliative care*, 7(1), 5-11.
- Fallowfield, L. J., Jenkins, V. A., & Beveridge, H. A. (2002). Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliative medicine*, 16(4), 297-303.
- Ferrell, B., Virani, R., Grant, M., Coyne, P., & Uman, G. (2000). Dignity in Dying. *Nursing Management*, 31(9), 53-57.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. NY: Brunner/Mazel.

- Figley, C. R., & Stamm, B. (1996). Psychometric review of compassion fatigue self test. *Measurement of stress, trauma, and adaptation*, 127-130.
- Gagnon, P. R. (2008). Treatment of delirium in supportive and palliative care. *Current opinion in supportive and palliative care*, 2(1), 60-66. doi:10.1097/SPC.0b013e3282f4ce05
- Grbich, C., Parker, D., & Maddocks, I. (2000). Communication and Information Needs of Care-Givers of Adult Family Members at Diagnosis and during Treatment of Terminal Cancer. *Progress in Palliative Care*, 8(6), 345-350. doi:10.1080/09699260.2000.11746889
- Hermann, C. P. (2001). Spiritual needs of dying patients: a qualitative study. *Oncology nursing forum*, 28(1), 67-72.
- Hodges, L. J., Humphris, G. M., & Macfarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social science & medicine (1982)*, 60(1), 1-12. doi:10.1016/j.socscimed.2004.04.018
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of emergency nursing*, 36(5), 420-427. doi:10.1016/j.jen.2009.11.027
- Hospice Palliative Care, C. P. C. (2006). *Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines : Delirium/Restlessness*. Retrieved from <https://www.fraserhealth.ca/media/07FHSymptomGuidelinesDelirium.pdf>
- Iranmanesh, S., Razban, F., Tirgari, B., & Zahra, G. (2014). Nurses' knowledge about palliative care in Southeast Iran. *Palliative & supportive care*, 12(3), 203-210. doi:10.1017/s1478951512001058
- Jehloh, L. (2014). *Compassion fatigue in nurses caring for dying patients in Thailand*. Master's thesis, Prince of Songkla University, Songkla, Thailand.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-118.
- Jones, I., Kirby, A., Ormiston, P., Loomba, Y., Chan, K.-K., Rout, J., . . . Hamilton, S. (2004). The needs of patients dying of chronic obstructive pulmonary disease in the community. *Family Practice*, 21(3), 310-313. doi:10.1093/fampra/cmh317

- Kirk, P., Kirk, I., & Kristjanson, L. J. (2004). What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *The Bmj*, 328(7452), 1343. doi:10.1136/bmj.38103.423576.55
- Kubler-Ross, E. (1992). *On death and dying*. London: Tavistock Publications.
- Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W., & Given, B. A. (2004). Depression and physical health among family caregivers of geriatric patients with cancer--a longitudinal view. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 10(8), Cr447-456.
- Lamont, E. B. (2005). A demographic and prognostic approach to defining the end of life. *Journal of palliative medicine*, 8 Suppl 1, 12-21. doi:10.1089/jpm.2005.8.s-12
- Leininger, M. (1988). *Caring as an essential human need (proceeding of the three National Caring Conferences)*. Detroit: Wayne State University Press.
- Leleszi, J. P., & Lewandowski, J. G. (2005). Pain Management in End-of-Life Care. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 105, 6S-11S
- Litwin, G., & Stringer, J. R. A. (1968). *Motivation and organization climate*. Boston: Harward University.
- Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: a nurse's primer. *Online journal of issues in nursing*, 16(1), 3. doi:10.3912/OJIN.Vol16No01Man03
- Long, C. O., Sowell, E. J., Hess, R. K., & Alonzo, T. R. (2012). Development of the questionnaire on palliative care for advanced dementia (qPAD). *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 27(7), 537-543. doi:10.1177/1533317512459793
- Mahendran, R., Chua, J., Peh, C. X., Lim, H. A., Ang, E. N., Lim, S. E., & Kua, E. H. (2014). Knowledge, attitudes, and practice behaviors (KAPb) of nurses and the effectiveness of a training program in psychosocial cancer care. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(8), 2049-2056. doi:10.1007/s00520-014-2172-9
- Manosilapakorn, C. (2003). *Thai nurses' attitudes, knowledge, ethical dilemmas, and clinical judgment related to end-of-life care in Thailand*, Unpublished dissertation, George Mason University,.

- Meadors, P., Lamson, A., & Sira, N. (2010). Development of an educational module on provider self-care. *Journal for nurses in staff development : JNSD : official journal of the National Nursing Staff Development Organization*, 26(4), 152-158. doi:10.1097/NND.0b013e3181b1b9e4
- Meredith, C., Symonds, P., Webster, L., Lamont, D., Pyper, E., Gillis, C. R., & Fallowfield, L. (1996). Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *The Bmj*, 313(7059), 724-726.
- Morita, T., Tei, Y., Tsunoda, J., Inoue, S., & Chihara, S. (2001). Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 22(6), 997-1006.
- Nakanishi, M., & Miyamoto, Y. (2016). Palliative care for advanced dementia in Japan: knowledge and attitudes. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 25(3), 146-155. doi:10.12968/bjon.2016.25.3.146
- Nakanishi, M., Miyamoto, Y., Long, C. O., & Arcand, M. (2015). A Japanese booklet about palliative care for advanced dementia in nursing homes. *International journal of palliative nursing*, 21(8), 385-391. doi:10.12968/ijpn.2015.21.8.385
- Nakazawa, Y., Miyashita, M., Morita, T., Umeda, M., Oyagi, Y., & Ogasawara, T. (2009). The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliative medicine*, 23(8), 754-766. doi:10.1177/0269216309106871
- Nascimento, K. C. D., & Erdmann, A. L. (2009). Understanding the dimensions of intensive care: transpersonal caring and complexity theories. *Revista latino-americana de enfermagem*, 17(2), 215-221.
- NHS. (2015). *End of life care*. Retrieved from <http://www.nhs.uk/Planners/end-of-life-care/Pages/what-it-involves-and-when-it-starts.aspx>
- Nordgren, L., & Sorensen, S. (2003). Symptoms Experienced in the Last Six Months of Life in Patients with End-Stage Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(3), 213-217.
- Ochberg, F. (2009). *When helping hurts*. Retrieved from <http://www.giftfromwithin.org/html/helping.html>

- Page, A. E., & Adler, N. E. (2008). *Cancer care for the whole patient: meeting psychosocial health needs*: National Academies Press.
- Parker, S. M., Clayton, J. M., Hancock, K., Walder, S., Butow, P. N., Carrick, S., . . . Tattersall, M. H. N. (2007). A Systematic Review of Prognostic/End-of-Life Communication with Adults in the Advanced Stages of a Life-Limiting Illness: Patient/Caregiver Preferences for the Content, Style, and Timing of Information. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), 81-93. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.035
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*: WW Norton & Co.
- Pokpalakorn, P. (2005). *Knowledge, attitude, and caring behavior for end of life patients among professional nurses in governmental hospital, Bangkok*. Unpublished master's thesis of nursing science (Adult Nursing) ,Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Polit, D. F., & Beck, C., T., (2012a). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Prem, V., Karvannan, H., Kumar, S. P., Karthikbabu, S., Syed, N., Sisodia, V., & Jaykumar, S. (2012). Study of Nurses' Knowledge about Palliative Care: A Quantitative Cross-sectional Survey. *Indian journal of palliative care*, 18(2), 122-127. doi:10.4103/0973-1075.100832
- Prompthakul, C., Nilmanat, K., & Kongsuwan, W. (2011). Nurses' caring behaviors for dying patients in Southern Thailand *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(2), 147-158.
- Roach, M. S. (2002). *Caring, The human mode of being: A blueprint for the health professionals* (2 ed.). Canada: CH Press.
- Roach, M. S., & Association, C. H. (1987). *The Human Act of Caring: A Blueprint for the Health Professions*: Canadian Hospital Association.

- Ronaldson, S., Hayes, L., Carey, M., & Aggar, C. (2008). A study of nurses' knowledge of a palliative approach in residential aged care facilities. *International Journal of Older People Nursing*, 3(4), 258-267. doi:10.1111/j.1748-3743.2008.00136.x
- Ross, M. M., McDonald, B., & McGuinness, J. (1996). The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *Journal of advanced nursing*, 23(1), 126-137.
- Rome, R. B., Luminais, H. H., Bourgeois, D. A., & Blais, C. M. (2011). The Role of Palliative Care at the End of Life. *The Ochsner Journal*, 11(4), 348-352.
- Sato, K., Inoue, Y., Umeda, M., Ishigamori, I., Igarashi, A., Togashi, S., . . . Eguchi, K. (2014). A Japanese region-wide survey of the knowledge, difficulties and self-reported palliative care practices among nurses. *Japanese journal of clinical oncology*, 44(8), 718-728. doi:10.1093/jjco/hyu075
- Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W. W., Carson, A., & Kazanjian, A. (2013). Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative medicine*, 27(2), 172-178. doi:10.1177/0269216311431311
- Smith, A. K., Cenzer, I. S., Knight, S. J., Puntillo, K. A., Widera, E., Williams, B. A., . . . Covinsky, K. E. (2010). The epidemiology of pain during the last 2 years of life. *Annals of internal medicine*, 153(9), 563-569. doi:10.7326/0003-4819-153-9-201011020-00005
- Smith, S. N., & Bohnet, N. (1983). Organization and administration of hospice care. *The journal of Nursing Administration*, 13(11), 10-15.
- Stamm, B. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*: The Sidran Press.
- Stamm, B. H. (2002). *Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test Treating compassion fatigue* (pp. 107-119). New York, NY, US: Brunner-Routledge.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Retrieved from http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf

- Stamm, B. H. (2012). Helping the Helpers: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue in Self-Care, Management, and Policy of Suicide Prevention Hotlines. *Resources for Community Suicide Prevention*, 1-4.
- Stringer, R. (2002). *Leadership and organization climate: The cloud chamber effect*. New Jersey: Prentice Hall.
- Stone, P. C., & Minton, O. (2008). Cancer-related fatigue. *European Journal of Cancer*, 44(8), 1097-1104. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2008.02.037
- Swanson, K. M. (1999). *Handbook of Clinical Nursing Research*: SAGE Publications, Inc.
- Tremblay, M. A., & Messervey, D. (2011). The Job Demands-Resources model: Further evidence for the buffering effect of personal resources. *SA Journal of Industrial Psychology*, 37(2), 10-19.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boston: Company, Colorado University Press.
- Watson, M.J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P. H. Walker & B. Newman (Eds.), *Blueprint for use of nursing models* (pp. 141-184). New York: NLN Press.
- White, K. R., Coyne, P. J., & Patel, U. B. (2001). Are nurses adequately prepared for end-of-life care? *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 33(2), 147-151.
- Whittamore, K. H., Goldberg, S. E., Gladman, J. R., Bradshaw, L. E., Jones, R. G., & Harwood, R. H. (2014). The diagnosis, prevalence and outcome of delirium in a cohort of older people with mental health problems on general hospital wards. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(1), 32-40. doi:10.1002/gps.3961
- WHO. (2005). *WHO Definition of Palliative Care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Yamane, T. (1973). *Statistics : An introductory analysis (Vol. 3)*. Tokyo: Harper.
- Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23(4), 191-197. doi:http://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.09.003

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

**เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**

เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (15 ข้อ)

**ตอนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
(40 ข้อ)**

ตอนที่ 3 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล (20 ข้อ)

ตอนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล (30 ข้อ)

ตอนที่ 5 แบบประเมินบรรยากาศองค์กร (24 ข้อ)

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุด

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

☐ พุทธ

☐ คริสต์

☐ อิสลาม

☐ อื่นๆ

4. สถานภาพสมรส

☐ โสด

☐ คู่

☐ สมรส

☐ หม้าย/หย่าร้าง

5. ระดับการศึกษา

☐ ปริญญาตรี

☐ ปริญญาโท

☐ ปริญญาเอก

6. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงาน

☐ เคย

☐ ไม่เคย

7. ประสบการณ์การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย

☐ เคย

☐ ไม่เคย

8. หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน

☐ หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ

☐ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ

☐ หอผู้ป่วยพิเศษ

9. จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้าการรักษาในหอผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติงานมีจำนวนผู้ป่วยวิกฤติ (ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ, ผู้ป่วยที่สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงต้องวัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ชม., ผู้ป่วยที่ใช้ central line, A-line, ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ฯลฯ) เข้ารับการรักษาร้อยละ

☐ น้อยกว่าร้อยละ 30

☐ ร้อยละ 30 - 60

☐ มากกว่าร้อยละ 60

10. ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ.....ปี

11. ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน.....ปี

12. การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

☐ เคย

☐ ไม่เคย

13. การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงาน

☐ มี

☐ ไม่มี

14. โรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานมีทีมการดูแล “Palliative care” ที่มีแผนการปฏิบัติงานชัดเจน เช่น มีทีมที่รับปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีทีมตรวจเยี่ยม มีการทำ family meeting ฯลฯ

☐ มี ☐ ไม่มี ☐ มีบางแผนก ☐ ไม่ทราบ

15. ในหน่วยงานของท่าน อัตรากำลังพยาบาลต่อผู้ป่วยเป็นเท่าใด (จำนวนพยาบาล:จำนวนผู้ป่วย)

เวรเช้า 1:.....

เวรบ่าย 1:.....

เวรดึก 1:.....



ตอนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะ

สุดท้าย

คำชี้แจง

1. โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ ซึ่งมีทั้งหมด 40 ข้อ และพิจารณาว่าตรงกับการกระทำของท่าน
 มากน้อยเพียงใดแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ ด้านขวามือ ข้อละ 1 เครื่องหมาย โปรด
 ตอบแบบสอบถามนี้จากใจจริง
2. ความหมายของคำตอบแบ่งออกเป็น 4 ระดับ

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดมากหรือน้อยครั้งเท่าใดก็ตาม ท่านไม่ได้ กระทำเลย
ไม่บ่อย	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดมากหรือน้อยครั้งเท่าใดก็ตาม ท่านได้กระทำ ไม่บ่อย
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดมากหรือน้อยครั้งเท่าใดก็ตาม ท่านได้กระทำ บ่อยแต่ไม่ทุกครั้ง
เป็นประจำ	หมายถึง	ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดมากหรือน้อยครั้งเท่าใดก็ตาม ท่านได้กระทำ ทุกครั้ง
3. โปรดอ่านความหมายของคำต่อไปนี้ก่อนตอบแบบสอบถาม
4. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยเรื้อรังและที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (เช่น โรคมะเร็ง
 โรคปอด โรคหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน เป็นต้น)ที่กำลังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคและมี
 อาการที่บ่งชี้ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน โดยมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตในการเข้ารับการรักษาดัง
 โรงพยาบาลในครั้งนั้น
5. พฤติกรรมความเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง
 การกระทำคำพูด และท่าทางที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด
 พฤติกรรมการดูแล 6 ซี ของโรซ

ข้อที่	พฤติกรรม	ไม่เคย	ไม่บ่อย	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1.	ฉันเอาใจใส่ต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ				
2.	ฉันอยู่เคียงข้างผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติเมื่อผู้ป่วยและญาติแสดงความโศกเศร้าในการสูญเสีย				
3.	ฉันสัมผัสผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน				
4.	ฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติเสมือนญาติของตนเอง				
5.	ฉันเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติระบายความรู้สึก				
6.	ฉันรับฟังผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติด้วยความเต็มใจ				
7.	ฉันแสดงออกให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติเห็นว่าฉันเข้าใจในความรู้สึกเจ็บปวดและทุกข์ทรมานของเขา				
8.	ฉันศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ				
9.	.....				
.					
.					
.					
39.	.....				
40.	.....				

ตอนที่ 3 แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินความรู้พื้นฐานของท่านที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. โปรดอ่านข้อความที่ละเอียด พร้อมทั้งทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นและการรับรู้ของท่านมากที่สุดดังนี้

ถูก หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในข้อนั้นถูก

ผิด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในข้อนั้นผิด

ไม่ทราบ หมายถึง ท่านคิดว่าท่านไม่รู้/ไม่ทราบข้อความในข้อนั้น

ข้อ	คำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1	การดูแลแบบประคับประคองมีความเหมาะสมเฉพาะในสถานการณ์ที่แสดงว่าการดำเนินของโรคแย่ลงหรือเสื่อมถอย			
2	มอร์ฟีนถูกใช้เป็นมาตรฐานในการเปรียบเทียบฤทธิ์การลดปวดกับยาแก้ปวดกลุ่ม opioid อื่น ๆ			
3	ความรุนแรงของโรคบ่งบอกถึงวิธีการจัดการความปวด			
4	การบำบัดผสมผสานมีความสำคัญในการจัดการความเจ็บปวด			
5	การเอื้อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่จะอยู่ข้างเตียงจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นสิ่งที่สำคัญ			
6.	.....			
.				
.				
.				
19.	.....			
20.	.....			

ตอนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล (The Professional Quality of life Scale [Pro-QOL Version 5])

คำชี้แจง เมื่อคุณดูแลช่วยเหลือผู้อื่น คุณได้รู้จักสัมผัสกับชีวิตของพวกเขา คุณอาจรู้สึกเห็นอกเห็นใจเขา โดยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจอาจส่งผลต่อคุณทั้งในทางบวกและทางลบ ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความเกี่ยวกับประสบการณ์การทำงานในบทบาทของผู้ดูแลช่วยเหลือ

1. โปรดพิจารณาข้อความเกี่ยวกับคุณและสถานะการทำงานของคุณในปัจจุบัน แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่สะท้อนตัวคุณตามความเป็นจริงในช่วงเวลา 30 วันที่ผ่านมา
 2. ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ
- 1 = ไม่เคย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยทำ/รู้สึกตามข้อความดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2 = นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบทำ/รู้สึกตามข้อความดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นาน ๆ ครั้ง
- 3 = บางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบทำ/รู้สึกตามข้อความดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บางครั้ง
- 4 = บ่อย หมายถึง ผู้ตอบทำ/รู้สึกตามข้อความดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บ่อยครั้ง
- 5 = บ่อยมาก หมายถึง ผู้ตอบทำ/รู้สึกตามข้อความดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บ่อยมาก

ข้อความ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย	บ่อยมาก
	1	2	3	4	5
1. ฉันมีความสุขที่ได้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
2. ฉันหมกมุ่นอยู่กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ฉันช่วยเหลือหลาย ๆ คน					
3. ฉันได้รับความพึงพอใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
4. ฉันเข้ากับคนอื่นได้ง่าย					
5. ฉันตกใจกับสิ่งที่ไม่คาดคิด					
6. ฉันรู้สึกมีพลังมากขึ้นหลังจากได้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย					

ข้อความ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย	บ่อยมาก
	1	2	3	4	5
7. ฉันรู้สึกว่ายากที่จะแยกชีวิตส่วนตัว ออกจากชีวิตทำงาน โดยเฉพาะการ ทำงานในหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ระยะสุดท้าย					
8. ฉันไม่ค่อยได้สร้างสรรค์งานใหม่ๆ เพราะฉันต้องพักผ่อนจากความอ่อนล้า จากการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
9. ฉันคิดว่าฉันอาจได้รับผลกระทบจาก ความเครียด/ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่ฉันช่วยเหลือ					
10. ฉันรู้สึกว่าฉันติดอยู่ในวังวนของงาน การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ ฉันทำ					
11.					
.					
.					
.					
30.					

ตอนที่ 5 แบบประเมินบรรยากาศองค์กร

คำชี้แจง

1. โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ซึ่งข้อความแต่ละข้อเป็นคำอธิบายบรรยากาศองค์กรมีทั้งหมด 24 ข้อ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความนั้นตามความเป็นจริงกับตัวท่าน
2. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบมากที่สุด
เห็นด้วย (4)	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบมาก
เห็นด้วยปานกลาง (3)	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบปานกลาง
เห็นด้วยน้อย (2)	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเห็นของผู้ตอบเลย

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	หน่วยงานของท่านมีการกำหนดแผนนำในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจน					
2	ขั้นตอนการทำงานในหน่วยงานของท่านเป็นอุปสรรคและมีความยุ่งยากต่อการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
3	.....					
4	.....					
10	.....					
.						
.						
.						
20	.....					

ภาคผนวก ข
เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....

เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ชื่อผู้วิจัย นางศศิวิมล ปานูราช
ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โทรศัพท์ 094-325-9625

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย
รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่ง
จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และ
ได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
วิจัยโดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
ระยะสุดท้าย จำนวน 40 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินบรรยากาศองค์กร จำนวน 24 ข้อ

เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย จะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย (Participant Information Sheet)

งานวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นงานวิทยานิพนธ์ของ นางศศิวิมล ปานุราช ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่นำมาหาความสัมพันธ์ โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศัลยกรรมพิเศษ โรงพยาบาลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 7 โรงพยาบาล

ในการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อค่าใช้จ่าย และไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษา ซึ่งการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน และท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือยุติการยินยอมเข้าโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ตามมา

การวิจัยครั้งนี้จะมีประโยชน์ในการศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่นำมาหาความสัมพันธ์ ซึ่งปัจจัยภายใน ประกอบไปด้วย ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล และ ปัจจัยส่วนนอก ได้แก่ การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงานและบรรยากาศองค์กร

สำหรับการรักษาความลับ ผู้วิจัยตระหนักว่าข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ เป็นประเด็นที่ไม่ควรนำไปเปิดเผย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจะรักษาเป็นความลับ ข้อมูลต่าง ๆ ผู้วิจัยจะใส่รหัสเป็นตัวเลข จะมีเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผลการศึกษาอาจตีพิมพ์ในหนังสือหรือวารสารทางการแพทย์และการพยาบาล อย่างไรก็ตามการเผยแพร่ดังกล่าวจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคลและจะกระทำเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

โครงการวิจัยที่.....

ชื่อเรื่อง (ไทย) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ชื่อเรื่อง (อังกฤษ) THE FACTORS RELATED TO NURSES' CARING BEHAVIORS IN PROVIDING CARE FOR END OF LIFE PATIENTS

ชื่อผู้วิจัย นางศศิวิมล ปานุราช ตำแหน่ง พยาบาลปฏิบัติการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงสามัญ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

(ที่บ้าน) 99/255 มบ. พรทวีวัฒน์ 3 ต. คลองสอง อ. คลองหลวง จ. ปทุมธานี 12120

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-9269595-7 โทรศัพท์ที่บ้าน -

โทรศัพท์มือถือ 094-325-9625 E-mail: mai_prang@hotmail.com

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย ประกอบด้วย

ก่อนที่ท่านจะลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเป็นอาสาสมัครวิจัย ท่านควรได้รับทราบว่

- โครงการนี้เป็นโครงการวิจัย
- ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ที่ท่านพึงได้รับตามสิทธิ
- ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย ให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี
- นักวิจัยผู้ขอความยินยอมต้องให้ข้อมูลและเวลาที่เพียงพอ ในการตัดสินใจอย่างอิสระ ก่อนที่ท่านจะเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านอาจจะขอปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิทของท่านหรือบุคคลที่ท่านไว้วางใจเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย ประกอบด้วย

1. การเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลมากขึ้น โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรม เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ ของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งจากสภาพสังคมที่ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้มีผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง และผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีพยาบาลเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งการดูแลเป็นหัวใจของพยาบาล โดยพยาบาลได้รับการปลูกฝังมาว่าให้ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และให้ผู้ป่วยพ้นภัยจากโรคที่เป็น แต่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การให้หายจากโรคที่เป็นไม่ใช่สิ่งที่สามารถทำได้ การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านต่างหาก คือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ โดยสิ่งที่พยาบาลสามารถกระทำต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ คือ การให้การพยาบาลอย่างเอื้ออาทร โดยการเกิดพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรนั้น ต้องประกอบไปด้วยปัจจัยต่าง ๆ โดยปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจนำมาศึกษามีได้แก่ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยภายใน ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลประกอบไปด้วย อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงาน และบรรยากาศองค์กร และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาล พื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 พบว่าพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ควรมีการปรับปรุง ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะทำให้รู้ถึงระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่นำมาศึกษากับพฤติกรรมการดูแล

แบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสามารถนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางที่จะพัฒนาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมี

หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ปฏิบัติงานและบรรยากาศองค์กร และพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4

2. รายละเอียดของอาสาสมัครวิจัย

1. ลักษณะของอาสาสมัครวิจัยตามเกณฑ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

- ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ โรงพยาบาลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

- สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

2. ระบุ เพศ อายุ จำนวน รวมทั้งหมดกี่คน

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาล ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 330 คน

3. วิธีการได้มาซึ่งอาสาสมัครวิจัย

1. ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยในการเลือกโรงพยาบาลใช้การสุ่มแบบง่าย โดยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ใช้อัตราส่วน 1:2 ได้โรงพยาบาลทั่วไป 5 โรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ 1 โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 โรงพยาบาล รวมทั้งหมด 7 โรงพยาบาล จากนั้นสุ่มเลือกตัวอย่างมาตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้ได้อาสาสมัครวิจัยรวม 330 คน โดยได้จำนวนอาสาสมัครวิจัยจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีของ Taro Yamane (1973)

2. โรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลอินทรีบุรี โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

4. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่ออาสาสมัครวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับคือ

ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี จากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล 7 โรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงพยาบาลเป้าหมาย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ และหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการรักษา

2. ทำหนังสือติดต่อเพื่อขอรับการพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่ต้องการเก็บข้อมูล

3. ภายหลังการได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกับหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และ/หรือ พยาบาลผู้รับผิดชอบเพื่อชี้แจงการทำวิจัย วัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ โดยชี้แจง ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบจำนวนของแบบสอบถาม การดำเนินการในการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามและการเก็บรวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้วิจัย

5. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามถึงหัวหน้าพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือผู้ประสานงาน โรงพยาบาล เป้าหมายด้วยตนเองและทางไปรษณีย์ และให้ผู้ประสานงานแจกแบบสอบถามแก่พยาบาลหอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

6. เมื่อพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ทำการบันทึกข้อมูลตามที่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ บันทึกไว้ในแฟ้มบันทึกเก็บข้อมูลโดยให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ทั้ง 5 ชุดคำถาม

7. ให้เวลากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยกำหนดเวลาในการตอบแบบสอบถาม 4 สัปดาห์ และผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามคืนที่หัวหน้าพยาบาลหรือผู้ประสานงานวิจัยด้วยตนเอง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนก่อนนำไปเก็บรวบรวมไว้ เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

- การวิจัยที่อาสาสมัครวิจัยต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว หรือบันทึกความเห็น หรือการบันทึกภาพ หรือการนำส่วนประกอบของร่างกายไปศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

- เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลายแบบสอบถามทุกฉบับ

8. ในการวิจัยครั้งนี้จะไม่ **เกิดอันตราย** หรือ **ความเสี่ยง** ขึ้นแก่อาสาสมัครวิจัย หากในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากอาสาสมัครวิจัยเกิดความรู้สึกสับสนหรือไม่สบายใจ หรือรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะให้อาสาสมัครวิจัยหยุดพัก และให้การดูแลด้านจิตใจ หลังจากนั้นหากอาสาสมัครวิจัยรู้สึกดีขึ้นจึงจะดำเนินการเก็บข้อมูลต่อ หรือหากยังไม่พร้อมผู้วิจัยจะให้หยุดพักและคอยนัดเก็บข้อมูลใหม่ในภายหลัง

9. **ประโยชน์**ในการเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ประโยชน์ส่วนบุคคล เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับรู้ถึงระดับของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของตนเองรวมถึงระดับของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความสัมพันธ์กับในด้านปัจจัยต่าง ๆ ที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ประโยชน์ส่วนรวม หรือเป็นประโยชน์ทางวิชาการ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางที่จะพัฒนาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป เช่น หากพบว่าตัวแปรต้นตัวใดที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร เช่น ปัจจัยทางด้านคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยในระดับนโยบาย ทางผู้บริหารจะได้นำผลไปปรับปรุงการจัดอัตรากำลัง ภาระหน้าที่ หรือหากว่าบรรยากาศองค์กรมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ทางผู้บริหารจะได้นำผลไปปรับปรุงการจัดโครงสร้าง หรือการสนับสนุนด้านองค์กรอื่นๆ และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบโปรแกรมในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

10. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาและไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย

11. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว**เพื่อให้อาสาสมัครวิจัย ทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

12. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

13. ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีของที่ระลึกให้กับหอผู้ป่วยที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

14. “หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381”

ภาคผนวก ค
เอกสารรับรองการวิจัย



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มร.สุศักดิ์ และ หน่วยวิจัยทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์

ลงมติประกาศนียบัตรนี้เมื่อแจ้งพบว่า

ศศิวิมล ดำรงสัตย์

ผ่านการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer-based)

“แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP)”

ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 20 เมษายน 2560 ถึงวันที่ 20 เมษายน 2562

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพฑูริย์ สิงหเสนี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มร.สุศักดิ์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพฑูริย์ สิงหเสนี)
รองศาสตราจารย์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวง อว. ชุดที่ 3 โทร. 0 2-986-9813 ต่อ 7373
ที่ ศอ 0516.25 /EC ๖๖๖ วันที่ ๖ มิถุนายน 2560

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการการอุดมศึกษา เรื่อง ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์

เรียน นางสาวศศิวิมล ดำรงเกียรติ

ตามที่ ท่านได้เสนอโครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย" รหัสโครงการที่ 097/2560 เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวง อว. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ นั้น

บัดนี้ คณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณาอนุมัติให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนให้กับโครงการวิจัยของท่านเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ได้แนบเอกสารใบรับรองการพิจารณาพร้อมนี้ และข้อกำหนดของการรับรองโครงการวิจัยคือ เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่ได้รับอนุมัติ ให้ผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานมายังสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวง อว. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ อาคารราชพฤกษ์ ชั้น 1 (ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดดำเนินการตามข้อกำหนดดังกล่าวด้วย จักขอบคุณยิ่ง

(ศาสตราจารย์ ดร.ประพนธ์ โอธกานนท์)

ประธานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวง อว. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์

AF 01_12



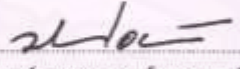
คณะกรรมการการวิจัยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctnu3@nurse.tu.ac.th

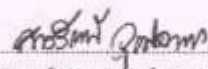
COA No. 299/2560

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ : 097/2560
ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
: THE FACTORS RELATED TO NURSES' CARING BEHAVIORS IN PROVIDING CARE FOR END OF LIFE PATIENTS
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวศศิวิมล คำรงค์สัตย์
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณาโดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม 
(ศาสตราจารย์ ดร.ประพนธ์ โอธกานนท์)
ประธานคณะกรรมการ

ลงนาม 
(อาจารย์ ดร.สารสิน วุฒิอาภา)
อนุกรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 28 มิถุนายน 2560

วันหมดอายุ : 27 มิถุนายน 2561

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1: 28 ธันวาคม 2560

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ หน่วยวิเคราะห์แผนงบประมาณและวิจัยสถาบัน โทร. ๔๔๕๓
 ที่ ศธ ๐๕๓๖.๓๐/ ๑๒๔๑ วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๐
 เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาการขอเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ด้วย นางสาวศศิวิมล ตำรังสัจย์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
 ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
 พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผ่านการรับรองจาก
 คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ.ชุดที่ ๓ แล้ว มีความประสงค์ขอเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจาก
 พยาบาลวิชาชีพ ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ/พิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ/พิเศษ
 จำนวน ๔๖ คน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม - กันยายน ๒๕๖๐ หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลครบถ้วนตามจำนวน นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พิจารณาแล้วอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อ
 การวิจัยจากพยาบาลวิชาชีพ ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ/พิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
 สามัญ/พิเศษ จำนวน ๔๖ คน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม - กันยายน ๒๕๖๐ หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลครบถ้วนตามจำนวน
 ดังกล่าวได้ เมื่อเสร็จสิ้นแล้วให้ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

๑. ส่งผลงานวิจัยที่สำเร็จแล้วมายังโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
๒. ระบุชื่อ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในกิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)
๓. ส่งสำเนางานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์วารสาร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตตินันต์ ทะวานนท์)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ที่ นบ ๐๐๓๒.๒๐๒/ ๘๖๐๘



โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
๔๔ ถนนนนทบุรี ตำบลบางกระสอ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๘ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง อนุมัติการรับรองการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

เรียน รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองโครงการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และการศึกษาวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

จำนวน ๓ ฉบับ

๒. แบบแจ้งผลการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้ขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยในโรงพยาบาล เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีนางสาวศศิวิมล ดำรงสัตย์
เป็นผู้วิจัย นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ ได้ดำเนินการพิจารณาและให้การรับรองโครงการวิจัยดังกล่าว ตามแนวทางหลักจริยธรรม
การวิจัยในคนที่เป็นสากลเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการวิจัยต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิชาญ รุจิโรระ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม)
วิชาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

โทร ๐๒-๕๖๔๔๕๖๗ ต่อ ๑๘๐๖

ผู้ประสานงาน นางสาวอภิญญา สิงคณิน

๐๘๑-๘๖๐๒๐๑๘ , pnk.tqm@gmail.com



เอกสารรับรองโครงการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

หมายเลข 21 /2560

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบอ้อมอาหารของพยาบาลในการดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

รหัสโครงการ : 6033

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นส.ศศิวิมล ดำรงสัตย์

: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

เอกสารที่รับรอง :

- แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอการรับรองคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และการศึกษา
วิจัยในมนุษย์
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย
- แบบสอบถาม (Questionnaire)

วันที่รับรอง : 1 กันยายน 2560

วันหมดอายุ : 1 กันยายน 2561

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม
แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report,
CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice
(ICH-GCP).

ลงนาม.....

(นางศรัญญา จิรณานันท์)

1 กันยายน 2560

วันที่

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและการศึกษาวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า



ที่ ศร ๐๕๑๖.๒๕/ศ. ๑๗๕

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอกการรับรองการพิจารณาจริยธรรมและการศึกษาวิจัยในมนุษย์ และการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ด้วย นางสาวศศิวิมล คำรงค์สัตย์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังดำเนินการจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รหัสโครงการวิจัย ๐๕๗/๒๕๖๐ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ ๓ ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ จึงขอความอนุเคราะห์ขอกการรับรองการพิจารณาจริยธรรมและการศึกษาวิจัยในมนุษย์ และการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิจัยในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยให้ นางสาวศศิวิมล คำรงค์สัตย์ เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย จากพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน ๓๔ คน ตั้งแต่ เดือน สิงหาคม ๒๕๖๐ ถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๐ หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลครบตามจำนวน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรบุษ ห่านิวัติชัย)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐๒-๕๘๖๗๒๑๓ ต่อ ๗๓๗๗

โทรสาร ๐๒-๕๑๖๕๓๘๑

ศูนย์การพัฒนามาตรฐานการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี ๒๕๖๑

18 ถนนเทศบาล 4
อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี



โทรศัพท์ 036-343500
โทรสาร 036-211624

เอกสารรับรองโครงการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี

หมายเลข ๑๗/๒๐๑๗

ชื่อโครงการภาษาไทย	: บัญชีที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบอ้อมอาหารของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสระบุรี
รหัสโครงการ	: EC137/02/2017
หัวหน้าโครงการ	: นางสาวศศิวิมล คำรงชัย
สถานที่ทำวิจัย	: โรงพยาบาลสระบุรี

เอกสารรับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. ใ้โครงการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 22 สิงหาคม ๒๕๖๑

วันหมดอายุ : 22 สิงหาคม ๒๕๖๑

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines และ The International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

.....
(นางแพทย์หญิงศศิวิมล คำรงชัย)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

.....
(นางแพทย์หญิง นันทิยา ก้อนเพชร)

ผู้ดำเนินการโรงพยาบาลสระบุรี

24 ส.ก. 2560
วันที่

24 ส.ก. 2560
วันที่



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

หนังสือรับรองเลขที่ ๐๑๔/๒๕๖๐

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล
ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวศศิวิมล คำระเอียด

หน่วยงานที่รับผิดชอบ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สถานที่ดำเนินการวิจัย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

เอกสารที่พิจารณา โครงร่างวิจัย

วันที่พิจารณาอนุมัติ

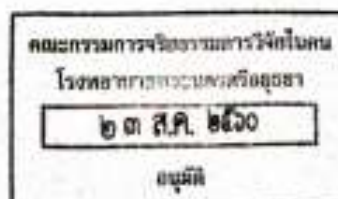
คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยแล้ว
คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมและให้ดำเนินการวิจัย ข้างต้นภายในโรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

(แพทย์หญิงดวงพร ยศวรราชันย์)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ดร.พญ.ประกายทิพ สุศิลป์รัตน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



ภาคผนวก ง
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทรา พรหมน้อย	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อาจารย์ ดร.เบญญาพร บรรณสาร	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ภาคผนวก จ

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย



ที่ ศธ 0521.1.20 / 343

คณะพยาบาลศาสตร์ มส.
 รับที่ 1009 / 61
 วันที่ 29 มี.ค. 2561
 เวลา 10.00 น.
 อุทยานวิทยาศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่
 จ.สงขลา 90110

14 มีนาคม 2561

เรื่อง ขออนุญาตให้ใช้สิทธิในวิทยานิพนธ์
 เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ตามที่ นางสาวศศิวิมล ดำรงสัตย์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ดังนี้ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมความเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง "Nurse' Caring Behavior for Dying Patients in Southern Thailand" ของอาจารย์ชูลีพร พรหมพาหุ 2) แบบวัดบรรยากาศองค์การ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู" ของ นางสาววารินา หนูพินิจ ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นเป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อประกอบการดำเนินการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย" นั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้พิจารณาแล้วมีความเห็นว่าควรอนุญาตให้ทาง นางสาวศศิวิมล ดำรงสัตย์ ใช้ผลงานลิขสิทธิ์ดังกล่าวโดยไม่มีค่าตอบแทนและใช้สิทธิได้เฉพาะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เท่านั้น ทั้งนี้จะต้องมีการอ้างถึงมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และชื่อผู้สร้างสรรค์ผลงานให้เป็นที่ยอมรับในการใช้ผลงานดังกล่าวด้วย หากมีผู้ประสงค์จะใช้งานในผลงานอันมีลิขสิทธิ์ดังกล่าว นอกเหนือจากที่ได้อนุญาตไว้ จักต้องมีการขออนุญาตและได้รับการอนุญาตจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ก่อนทุกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คำนธ์ พิทักษ์)

ผู้อำนวยการอุทยานวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อุทยานวิทยาศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อุทยานวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Prince of Songkla University Science Park
 ชั้น ๑๒ อาคารศูนย์ทรัพยากรการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่
 จังหวัดสงขลา ๙๐๑๑๐ โทรศัพท์ ๐-๙๔๖๘-๙๓๓๓ โทรสาร ๐-๙๔๖๘-๙๓๓๓
 E-mail : southentsp@gmail.com Website : http://www.psu.ac.th

Permission for Translation of the ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue)
www.proqol.org

Accompanied by the email to you, this document grants you permission to translate the ProQOL.

The ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue) www.ProQOL.org.

We ask that you do two things in regard to your translation:

1. Let us help you as you work on your translation. While we may not be able to find someone with expertise in your particular language, we can discuss with you what words might mean and how best to translate them.
2. That you provide us with a copy of your translated ProQOL so that we may share it with others.

The ProQOL website has a page to recognize the contributions that people have made to the development of the measure. The like includes people's names and if they like, their organization and country. If you would like to be recognized for your contribution to the ProQOL, please send us your name as you would like it posted on the website. Include your organization and country if you like.

Prior to beginning your project and at the time of any publications, please verify that you are using the latest version by checking the website. All revisions are posted there. If you began project with an earlier version, please reference both to avoid confusion for readers of your work.

This permission covers non-profit, non-commercial uses and includes permission to reformat the questions into a version that is appropriate for your use. This may include computerizing the measure.

Please print the following reference or credit line in all documents that include results gathered from the use of the ProQOL.

Stamm, B. H. (2010). The ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue). Pocatello, ID: ProQOL.org. retrieved [date] www.proqol.org

Permission granted by
 Beth Hudnall Stamm, PhD
 Author, ProQOL
 ProQOL.org
info@proqol.org

Help us help all of us. Please consider donating a copy of your raw data to the data bank. You can find more about the data bank and how you can donate at www.proqol.org and www.proqol.org/Donate_Data.html. Data donated to the ProQOL Data Bank allow us to advance the theory of compassion satisfaction and compassion fatigue and to improve and norm the measure itself.

Permission for Use of the ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue) www.proqol.org

Accompanied by the email to you, this document grants you permission to use for your study or project

The ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue) www.ProQOL.org

Prior to beginning your project and at the time of any publications, please verify that you are using the latest version by checking the website. All revisions are posted there. If you began project with an earlier version, please reference both to avoid confusion for readers of your work.

This permission covers non-profit, non-commercial uses and includes permission to reformat the questions into a version that is appropriate for your use. This may include computerizing the measure.

Please print the following reference or credit line in all documents that include results gathered from the use of the ProQOL.

Stamm, B. H. (2010). The ProQOL (*Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue*). Pocatello, ID: ProQOL.org. retrieved [date] www.proqol.org

Permission granted by
Beth Hudnall Stamm, PhD
Author, ProQOL
ProQOL.org
info@proqol.org

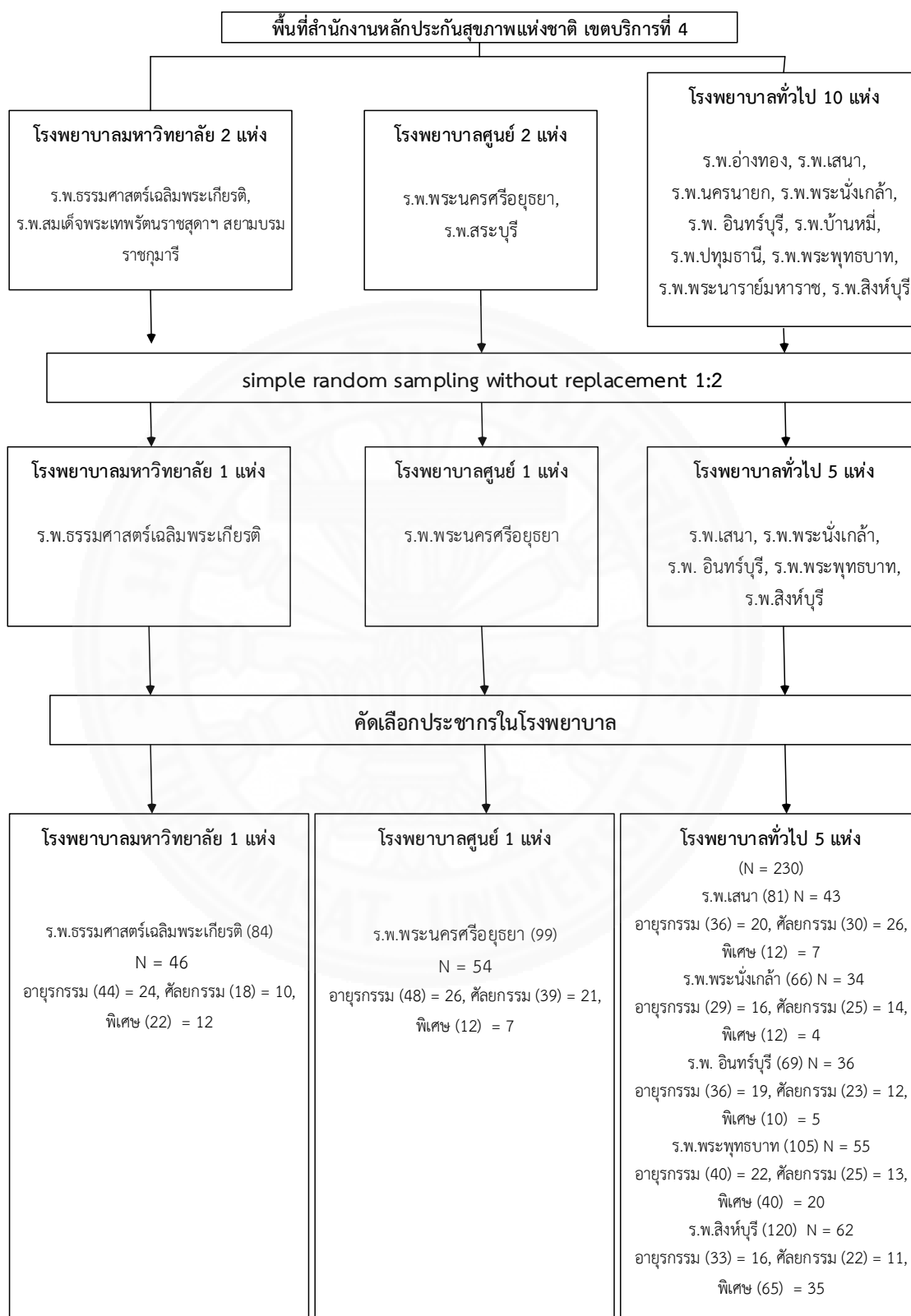
Help us help all of us. Please consider donating a copy of your raw data to the data bank. You can find more about the data bank and how you can donate at www.proqol.org and www.proqol.org/Donate_Data.html. Data donated to the ProQOL Data Bank allow us to advance the theory of compassion satisfaction and compassion fatigue and to improve and norm the measure itself.

ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่า Reliability เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือ	N = 30	N = 295
แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	0.97	0.97
แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	0.58	0.79
แบบประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล	0.85	0.90
แบบประเมินบรรยากาศองค์กร	0.84	0.91

ตาราง 2 การคัดเลือกประชากร



ตาราง 3 คะแนนร้อยละต่ำสุด-สูงสุด คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (N = 295)

พฤติกรรมในการดูแลแบบ เอื้ออาทร	Min-Max	พิสัยที่ เป็นไปได้	M	S.D.	ระดับ
โดยรวม	55-146	40-160	118.44	14.80	ปาน กลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง (M = 117.7, S.D. = 15.3)

ตาราง 4 คะแนนร้อยละต่ำสุด-สูงสุด คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (N = 295)

ความรู้ของพยาบาล	Min-Max	พิสัยที่เป็นไปได้	M	S.D.
โดยรวม	0-18	0-20	12.4	2.5
ด้านความรู้ทั่วไป	0-4	0-4	2.9	0.8
ด้านการดูแลด้านจิตสังคมและ ด้านจิตวิญญาณ	0-3	0-3	1.5	0.6
ด้านการจัดการกับอาการ	0-12	0-13	7.9	1.9

ตาราง 5 คะแนนร้อยละต่ำสุด-สูงสุด คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล (N = 295)

คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล	Min-Max	พิสัยที่เป็นไปได้	M	S.D.
ความพึงพอใจ	10-50	10-50	32.9	7.5
ความเหนื่อยหน่าย	10-33	10-50	23.9	4.3
บาดแผลทางจิตใจ	10-50	10-50	22.0	6.1

ตาราง 6 คะแนนร้อยละต่ำสุด-สูงสุด คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของบรรยากาศองค์กร (N = 295)

บรรยากาศองค์กร	Min-Max	พิสัยที่เป็นไปได้	M	S.D.
โดยรวม	47-120	24-120	83.1	12.9
โครงสร้าง	6-20	4-20	14.0	2.9
มาตรฐาน	7-20	4-20	13.8	2.5
ความรับผิดชอบ	6-20	4-20	13.5	2.8
การได้รับการยอมรับ	6-20	4-20	13.5	2.5
การสนับสนุน	10-20	4-20	14.1	2.3
ความยืดหยุ่นผูกพัน	7-20	4-20	14.0	2.5

การตรวจสอบข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2553)

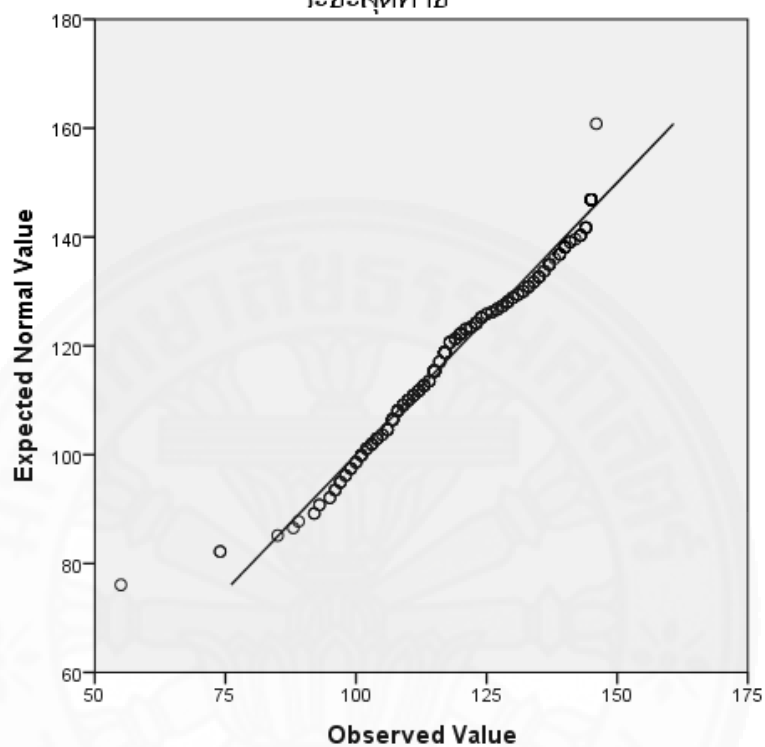
วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลโดยรวมและในองค์ประกอบ ความพึงพอใจและความเหนื่อยหน่าย บรรยากาศองค์กรโดยรวม และองค์ประกอบย่อย ด้านโครงสร้าง ด้านความรับผิดชอบ ด้านการได้รับการยอมรับ ด้านความยึดมั่นผูกพันกับพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ในส่วนของตัวแปร ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม การได้รับการอบรมเพิ่มเติม ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวม และองค์ประกอบด้านความรู้ทั่วไป ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับอาการ คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลในองค์ประกอบด้านบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บรรยากาศองค์กรในองค์ประกอบด้านมาตรฐานและด้านการสนับสนุน มีการกระจายตัวไม่เป็นแบบปกติ (Non-normal distribution) ไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ซึ่งพบว่าข้อมูลมีคุณลักษณะเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

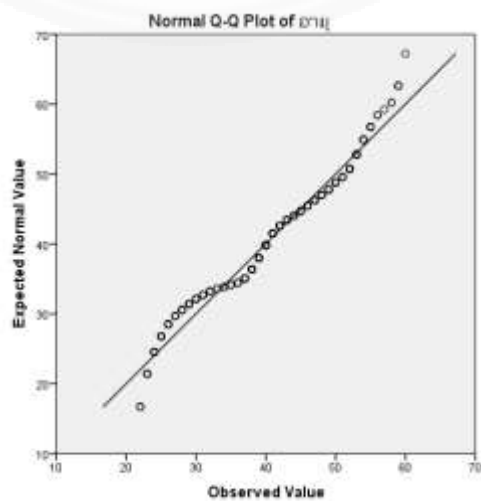
ทดสอบการแจกแจงปกติ ซึ่งทดสอบลักษณะการกระจายของข้อมูล ตัวแปรต้นและตัวแปรตามว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติหรือไม่ โดยพิจารณาจากแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) และ $Z \text{ value} = \text{Statistic}/\text{Std.Error}$

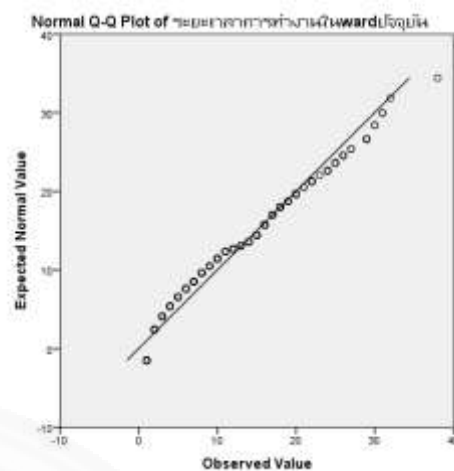
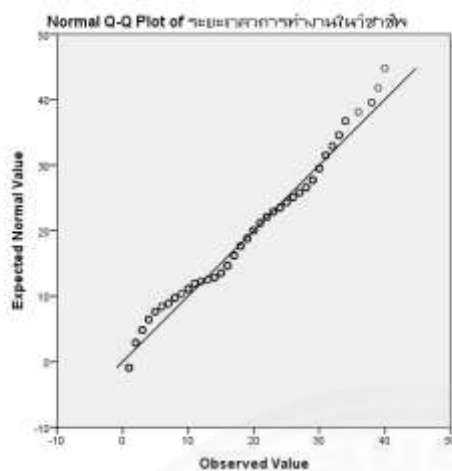
พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร

Normal Q-Q Plot of พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

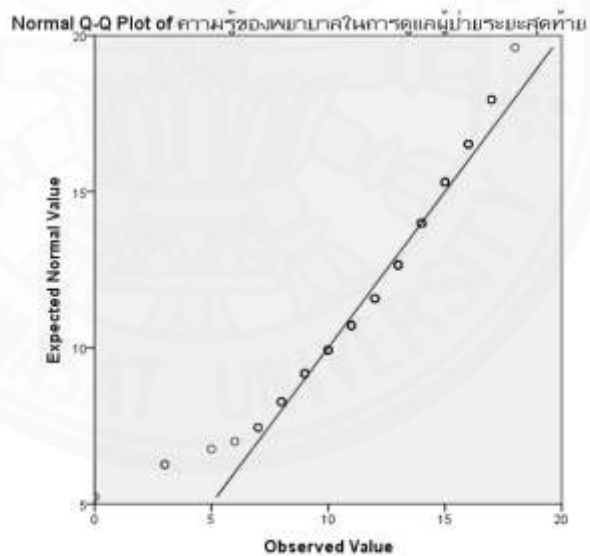


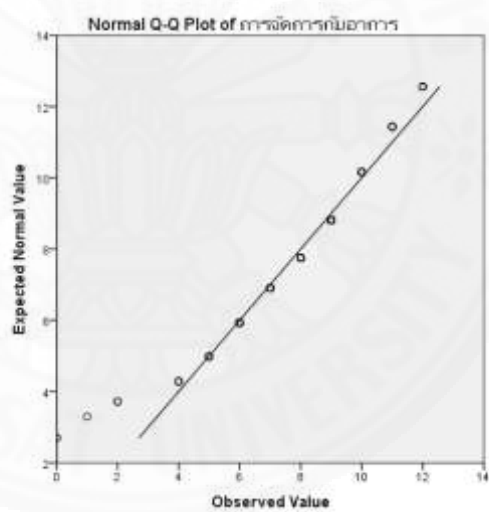
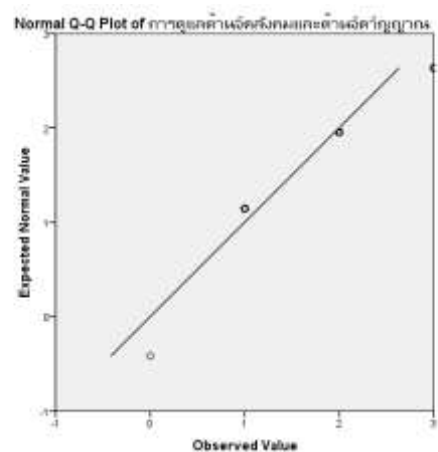
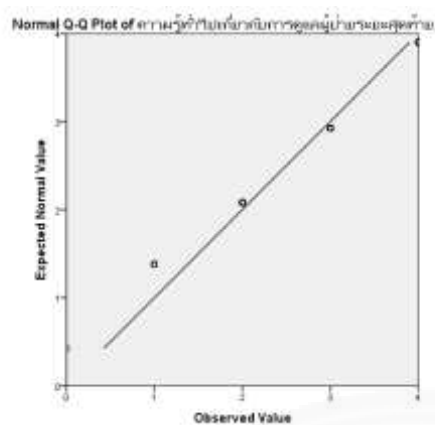
ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล



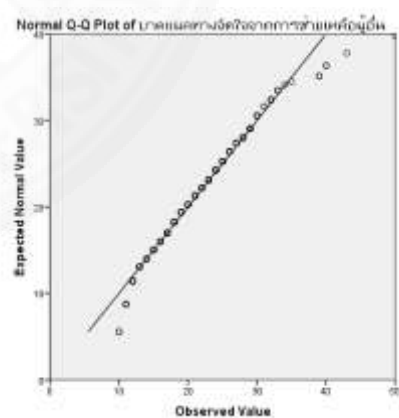
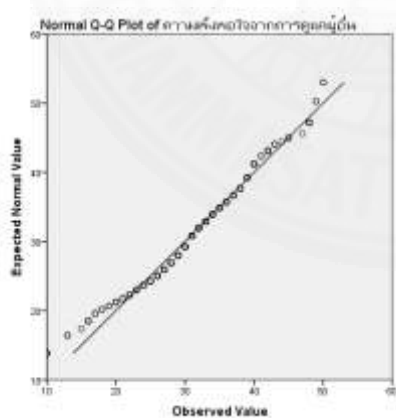
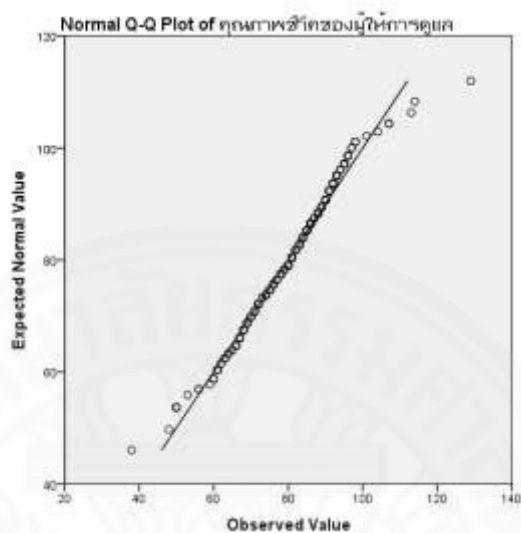


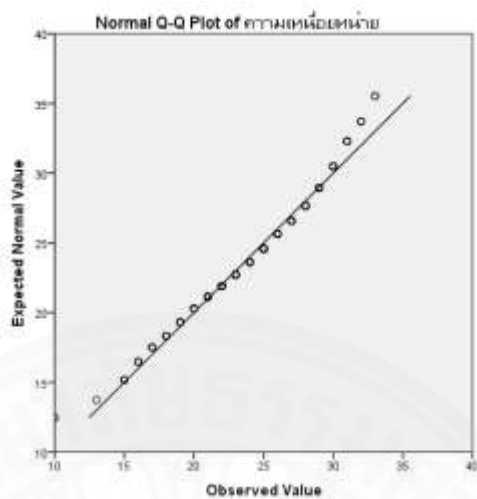
ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



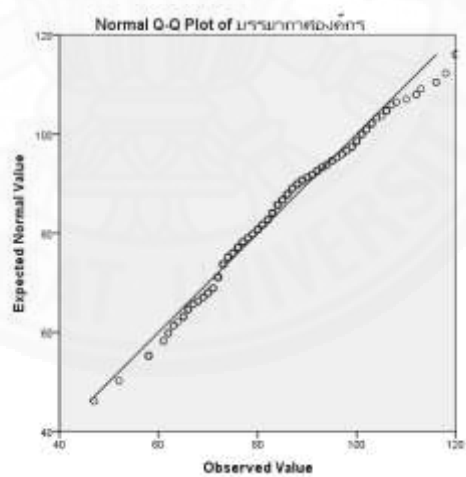


คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล





บรรยากาสองคักร



ตัวแปร		Statistic	Std.Error	Z value = Statistic/Std.Error
อายุ	Skewness	-.172	.142	-1.211
	Kurtosis	-.747		
ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ	Skewness	-.088	.142	-0.619
	Kurtosis	-.776		
ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วย ปัจจุบัน	Skewness	.571	.142	4.021
	Kurtosis	-.393		
ความรู้ของพยาบาล	Skewness	-1.015	.142	-7.147
	Kurtosis	2.418		
ด้านความรู้ทั่วไป	Skewness	-.601	.142	-4.232
	Kurtosis	.000		
ด้านการดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิต วิญญาณ	Skewness	.859	.142	6.049
	Kurtosis	-.338		
ด้านการจัดการกับอาการ	Skewness	-.854	.142	-6.014
	Kurtosis	1.689		
คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้ การดูแล	Skewness	.058	.142	0.408
	Kurtosis	1.489		
ความพึงพอใจ	Skewness	-.372	.142	-2.619
	Kurtosis	.536		
ความเหนื่อยหน่าย	Skewness	-.404	.142	-2.845
	Kurtosis	-.189		
บาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือ ผู้อื่น	Skewness	.606	.142	4.267
	Kurtosis	1.227		
บรรยากาศองค์กร	Skewness	.409	.142	2.880
	Kurtosis	.164		
โครงสร้าง	Skewness	.229	.142	1.612
	Kurtosis	-.189		
มาตรฐาน	Skewness	.554	.142	3.901
	Kurtosis	.157		

ตัวแปร		Statistic	Std.Error	Z value = Statistic/Std.Error
ความรับผิดชอบ	Skewness	.199	.142	1.401
	Kurtosis	-.109		
การได้รับการยอมรับ	Skewness	.300	.142	2.112
	Kurtosis	.500		
การสนับสนุน	Skewness	.554	.142	3.901
	Kurtosis	-.195		
ความยืดหยุ่นผูกพัน	Skewness	.384	.142	2.704
	Kurtosis	.029		
พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร	Skewness	-.212	.142	-1.492
	Kurtosis	.556		

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่าตัวแปร อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลในองค์ประกอบด้านความเหนื่อยหน่าย บรรยากาศองค์กรในองค์ประกอบด้านโครงสร้าง ด้านความรับผิดชอบ ด้านการได้รับการยอมรับความยืดหยุ่นผูกพัน และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ภาคผนวก ข

ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร

ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้อ
อาหารของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาหารของ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	คะแนนพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาหาร			
	พิสัยที่ เป็นไปได้	พิสัยที่เป็น จริง	คะแนน รวมเฉลี่ย	S.D.
ความเห็นอกเห็นใจ (compassion)	7- 28	10 - 26	21.39	2.76
1. ฉันเอาใจใส่ต่อความ ต้องการ.....	1 - 4	1 - 4	3.47	0.62
2. ฉันอยู่เคียงข้างผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ ญาติเมื่อ.....	1 - 4	1 - 4	3.13	0.71
3. ฉันสัมผัสผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อ.....	1 - 4	1 - 4	3.19	0.70
4. ฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย.....	1 - 4	1 - 4	3.26	0.70
5. ฉันเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และญาติ.....	1 - 4	1 - 4	1.64	0.62
6. ฉันรับฟังผู้ป่วยระยะ สุดท้าย.....	1 - 4	1 - 4	3.42	0.61
7. ฉันแสดงออกให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ ญาติเห็นว่าฉันเข้าใจ.....	1 - 4	1 - 4	3.28	0.63
ความสามารถ (competence)	10 - 40	13 - 37	28.30	4.78
8. ฉันศึกษาหาความรู้ เกี่ยวกับ.....	1 - 4	1 - 4	2.88	0.73
9. ฉันฝึกฝนทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายและญาติเพื่อ.....	1 - 4	1 - 4	2.80	0.76
10. ฉันประเมินความต้องการของผู้ป่วย ระยะสุดท้ายได้.....	1 - 4	1 - 4	2.98	0.70

พฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรของ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	คะแนนพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทร			
	พิสัยที่ เป็นไปได้	พิสัยที่เป็น จริง	คะแนน รวมเฉลี่ย	S.D.
11. ฉันค้นหาปัญหาทางการพยาบาลที่ เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ระยะ.....	1 – 4	1 – 4	2.99	0.70
12. ฉันช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจาก อาการต่าง ๆ	1 – 4	1 – 4	3.26	0.63
13. ฉันช่วยเหลือให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และญาติได้.....	1 – 4	1 – 4	3.20	0.72
14. ฉันประสานงานและทำงานร่วมกับทีม สุขภาพในการ ดูแล.....	1 – 4	1 – 4	3.02	0.78
15. ฉันสื่อสารกับญาติและ บุคลากร.....	1 – 4	1 – 4	1.80	0.67
16. ฉันประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติและ ผลงานวิจัยที่ผ่านมาเพื่อใช้ ใน.....	1 – 4	1 – 4	2.62	0.87
17. ฉันมีความสามารถในการใช้อุปกรณ์ และ.....	1 – 4	1 – 4	2.75	0.80
ความเชื่อมั่น (confidence)	5 – 20	5 – 20	15.41	2.96
18. ฉันแนะนำตัวเองต่อผู้ป่วยระยะ สุดท้าย.....	1 – 4	1 – 4	2.88	0.85
19. ฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็น อย่างดี.....	1 – 4	1 – 4	3.21	0.62
20. ฉันทำให้ญาติเชื่อมั่นว่าฉันสามารถ ให้.....	1 – 4	1 – 4	3.10	0.66
21. ฉันให้ข้อมูลและเป็นที่ปรึกษาที่ดี แก่.....	1 – 4	1 – 4	3.15	0.65

พฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรของ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	คะแนนพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทร			
	พิสัยที่ เป็นไปได้	พิสัยที่เป็น จริง	คะแนน รวมเฉลี่ย	S.D.
22. ฉันให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย ระยะ.....	1 - 4	1 - 4	3.08	0.70
ความมีคุณธรรมจริยธรรม (conscience)	6 - 24	9 - 22	18.36	2.12
23. ฉันให้การดูแลผู้ป่วย ระยะ.....	1 - 4	1 - 4	3.36	0.57
24. ฉันให้ความเคารพต่อการตัดสินใจของ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ/.....	1 - 4	1 - 4	3.39	0.61
25. ฉันทำทุกวิถีทางเพื่อปกป้องให้ผู้ป่วย ระยะสุดท้ายและ ญาติ.....	1 - 4	1 - 4	3.14	0.69
26. ฉันยึดหลักจริยศาสตร์และกฎหมาย ควบคู่กันเสมอเมื่อพบ ความ.....	1 - 4	1 - 4	1.73	0.63
27. ฉันให้ข้อมูลภายใต้ความเป็นจริงแก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	1 - 4	1 - 4	3.30	0.60
28. ฉันให้เกียรติและเคารพผู้ป่วยระยะ สุดท้ายในฐานะ.....	1 - 4	1 - 4	3.45	0.58
ความมุ่งมั่น (commitment)	7 - 28	8 - 24	19.42	1.99
29. ฉันตั้งใจให้การดูแลผู้ป่วย ระยะ.....	1 - 4	1 - 4	3.44	0.56
30. ฉันไม่ย่อท้อเมื่อพบกับอุปสรรคใน การ.....	1 - 4	1 - 4	1.83	0.65
31. ฉันหาทางแก้ไขเมื่อพบกับอุปสรรค ใน.....	1 - 4	1 - 4	3.14	0.67

พฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรของ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	คะแนนพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทร			
	พิสัยที่ เป็นไปได้	พิสัยที่เป็น จริง	คะแนน รวมเฉลี่ย	S.D.
32. ฉันบอกกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ ญาติว่าฉันจะให้ การดูแล ผู้ป่วย.....	1 - 4	1 - 4	3.06	0.74
33. ฉันรักษาคำ สัญญา.....	1 - 4	1 - 4	3.04	0.73
34. ฉันตอบสนองความต้องการ การดูแล แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	1 - 4	1 - 4	1.76	0.62
35. สิ่งที่คุณควรทำให้กับผู้ป่วยระยะ สุดท้าย.....	1 - 4	1 - 4	3.17	0.68
ความประพฤติอย่างมีอาชีพ (comportment)	5 - 20	5 - 20	15.52	2.71
36. ฉันดูแลสุขภาพและรูปร่างของฉันให้ แข็งแรงเสมอ.....	1 - 4	1 - 4	3.02	0.74
37. ฉันควบคุมสีหน้าและน้ำเสียงใน เหตุการณ์ที่สร้าง ความรู้สึก.....	1 - 4	1 - 4	3.20	0.60
38. ฉันให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ.....	1 - 4	1 - 4	2.96	0.66
39. ฉันแสดงความชื่นชม ญาติ.....	1 - 4	1 - 4	3.23	0.66
40. ฉันแสดงออกถึงความต้องการ การ ได้รับความเคารพและการให้ เกียรติ.....	1 - 4	1 - 4	3.12	0.79

ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยความรู้ของพยาบาลในการ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	คะแนนความรู้ของพยาบาล			
	พิสัยที่ เป็นไปได้	พิสัยที่เป็น จริง	คะแนน รวมเฉลี่ย	S.D.
ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	0 - 4	0 - 4	2.90	0.86
1. การดูแลแบบ ประคับประคอง.....	0 - 1	0 - 1	0.55	0.49
9. การดูแลแบบประคับประคองต้อง เข้าใจ.....	0 - 1	0 - 1	0.98	0.12
12. ปรัชญาการดูแลแบบ ประคับประคอง.....	0 - 1	0 - 1	0.80	0.39
17. ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ให้.....	0 - 1	0 - 1	0.57	0.49
ด้านการดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิต วิญญาณ	0 - 3	0 - 3	1.52	0.67
5. การเอื้อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ที่.....	0 - 1	0 - 1	0.99	0.08
11. โดยทั่วไปผู้ชายจะ หาย.....	0 - 1	0 - 1	0.33	0.47
19. การสูญเสียของบุคคลหรือญาติที่อยู่ ห่างไกลกัน	0 - 1	0 - 1	0.20	0.40
ด้านการจัดการกับอาการ	0 - 13	0 - 12	7.98	1.978
2. มอร์핀ถูกใช้เป็นมาตรฐานใน การ.....	0 - 1	0 - 1	.73	0.44
3. ความรุนแรงของโรคบ่ง บอก.....	0 - 1	0 - 1	0.21	0.40

ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	คะแนนความรู้ของพยาบาล			
	ฟิล์มที่เป็นไปได้	ฟิล์มที่เป็นจริง	คะแนนรวมเฉลี่ย	S.D.
4. การบำบัดผสมผสาน มี.....	0 - 1	0 - 1	0.96	0.20
6. อาการง่วงซึมที่เกิดจากภาวะเสียสมดุล ของ.....	0 - 1	0 - 1	0.52	0.50
7. การติดยาเป็นปัญหาที่สำคัญเมื่อ ใช้.....	0 - 1	0 - 1	0.58	0.49
8. ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม opioids	0 - 1	0 - 1	0.76	0.43
10. ในช่วงระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย การใช้ยาที่ออกฤทธิ์ กด.....	0 - 1	0 - 1	0.82	0.38
13. การใช้ยา หลอก.....	0 - 1	0 - 1	0.38	0.48
14. การให้ยาโคเด อื่น.....	0 - 1	0 - 1	0.54	0.50
15. ความทุกข์ ทรมาน.....	0 - 1	0 - 1	0.31	0.46
16. ยาเพ็ตทิดีน (Pethidine)	0 - 1	0 - 1	0.54	0.49
18. ลักษณะของอาการปวดชนิด เรื้อรัง.....	0 - 1	0 - 1	0.88	0.32
20. ความทนต่อความปวดจะลดลง เมื่อ.....	0 - 1	0 - 1	0.78	0.41

ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของพยาบาลใน
ฐานะผู้ให้การดูแล

คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้ การดูแล	คะแนนคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การ ดูแล			
	พิสัยที่ เป็นไปได้	พิสัยที่เป็น จริง	คะแนน รวมเฉลี่ย	S.D.
ความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่น	10 - 50	10 - 50	32.93	7.51
3. ฉันได้รับความพึงพอใจจากการ ดูแล.....	1 -5	1-5	3.43	0.84
6. ฉันรู้สึกมีพลังมากขึ้นหลังจาก ได้.....	1 -5	1-5	3.16	1.02
12. ฉันชอบงานของฉันใน ฐานะ.....	1 -5	1-5	3.01	1.05
16. ฉันพอใจกับการที่ฉันได้ดูแล ช่วยเหลือ.....	1 -5	1-5	3.36	0.90
18. งานการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะ สุดท้าย.....	1 -5	1-5	3.35	0.87
20. ฉันรู้สึกมีความสุขเมื่อนึกถึงผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่.....	1 -5	1-5	3.21	0.95
22. ฉันเชื่อว่าฉันสามารถดูแล ช่วยเหลือ.....	1 -5	1-5	3.43	0.85
24. ฉันภูมิใจในสิ่งที่ฉันได้ กระทำ.....	1 -5	1-5	3.59	0.88
27. ฉันคิดว่าฉันประสบความสำเร็จ ใน.....	1 -5	1-5	3.05	0.90
30. ฉันมีความสุขที่ฉันเลือกทำงานดูแล	1 -5	1-5	3.34	0.96
บาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือ ผู้อื่น	10 - 50	10 - 50	22.06	6.18

คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้ การดูแล	คะแนนคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การ ดูแล			
	พิสัยที่ เป็นไปได้	พิสัยที่เป็น จริง	คะแนน รวมเฉลี่ย	S.D.
2. ฉันหมกมุ่นอยู่กับ ผู้ป่วย.....	1 -5	1-5	2.35	0.96
5. ฉันตกใจ.....	1 -5	1-5	2.61	0.91
7. ฉันรู้สึกว่ายากที่จะแยกชีวิตส่วนตัวออก จากชีวิต.....	1 -5	1-5	2.01	0.98
9. ฉันคิดว่าฉันอาจได้รับ ผลกระทบ.....	1 -5	1-5	2.01	0.95
11. เพราะฉันมีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	1 -5	1-5	2.32	1.05
13. ฉันรู้สึกเศร้าเนื่องจากเห็นความทุกข์ ทรมาน.....	1 -5	1-5	2.69	0.95
14. ฉันรู้สึกอึดอัดกับความทุกข์ทรมาน ของ.....	1 -5	1-5	2.36	0.96
23. จากประสบการณ์ที่น่ากลัวของผู้ป่วย ระยะสุดท้าย.....	1 -5	1-5	2.16	0.98
25. จากการที่ฉันดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ระยะ.....	1 -5	1-5	1.49	0.86
28. ฉันไม่อยากจะจดจำ ช่วงเวลาที่ฉันได้ ดูแลช่วยเหลือ.....	1 -5	1 -5	2.06	1.03
ความเหนื่อยหน่าย	10 - 50	10-33	23.99	4.32
1. ฉันมีความสุขที่.....	1 -5	1 -5	2.63	0.98
4. ฉันเข้า.....	1 -5	1 -5	2.26	0.73
8. ฉันไม่ค่อยได้สร้างสรรค์.....	1 -5	1 -5	2.34	1.02
10. ฉันรู้สึกว่าฉันติดอยู่ใน.....	1 -5	1 -5	1.77	0.94
15. ฉันมีความเชื่อ.....	1 -5	1 -5	2.62	0.99
17. ฉันเป็น.....	1 -5	1 -5	2.55	0.86

คุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้ การดูแล	คะแนนคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ให้การ ดูแล			
	พิสัยที่ เป็นไปได้	พิสัยที่เป็น จริง	คะแนน รวมเฉลี่ย	S.D.
19. ฉันรู้สึกอ่อนล้า.....	1 -5	1 -5	2.41	0.91
21. ฉันรู้สึกว่าการะงานของฉันนั้นมี มากมาย	1 -5	1 -5	2.71	1.08
26. ฉันรู้สึกว่ารระบบ.....	1 -5	1 -5	2.24	0.97
29. ฉันเป็นคนที่ดีดูแลและห่วงใยคนอื่น มาก ๆ	1 -5	1 -5	2.46	0.77

ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของพยาบาลใน
ฐานะผู้ให้การดูแล

บรรยากาศองค์กร	คะแนนบรรยากาศองค์กร			
	พิสัยที่ เป็นไปได้	พิสัยที่เป็น จริง	คะแนน รวมเฉลี่ย	S.D.
โครงสร้าง	5 - 20	6 - 20	14.06	2.91
1. หน่วยงานของท่าน.....	1 - 5	1 - 5	3.78	0.95
2. ขั้นตอนการทำงานในหน่วยงานของท่านเป็น อุปสรรค.....	1 - 5	1 - 5	3.34	1.02
3. หน่วยงานของท่านกำหนดบทบาท หน้าที่.....	1 - 5	1 - 5	3.42	0.97
4. หน่วยงานของท่านมีการประกาศนโยบาย และ.....	1 - 5	1 - 5	3.53	0.96
มาตรฐาน	5 - 20	7 - 20	13.80	2.52
5. หน่วยงานของท่านมีการกำหนดมาตรฐาน การ.....	1 - 5	1 - 5	3.57	0.89
6. หน่วยงานของท่านมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ เกี่ยวกับ.....	1 - 5	1 - 5	3.28	0.94

บรรยากาศองค์กร	คะแนนบรรยากาศองค์กร			
	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	คะแนนรวมเฉลี่ย	S.D.
7. บุคลากรในหน่วยงานของท่านพยายามปรับปรุง.....	1 - 5	1 - 5	3.54	0.84
8. ระบบการประเมินผลการทำงานด้านการดูแล.....	1 - 5	1 - 5	3.42	1.05
ความรับผิดชอบ	5 - 20	6 - 20	13.52	2.88
9. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เป็นผู้รับผิดชอบ.....	1 - 5	1 - 5	3.37	0.92
10. ผู้บังคับบัญชามอบความไว้วางใจในการ.....	1 - 5	1 - 5	3.55	0.87
12. หัวหน้ามักจะชื่นชมอยู่เสมอ เมื่อบุคลากรใน.....	1 - 5	1 - 5	3.06	0.95
การได้รับการยอมรับ	5 - 20	6 - 20	13.53	2.50
13. หัวหน้ามักจะชื่นชมอยู่เสมอ เมื่อบุคลากรใน.....	1 - 5	1 - 5	3.44	0.92
14. หัวหน้างานสนับสนุนให้ท่านมีการพัฒนา.....	1 - 5	1 - 5	3.59	0.89
15. หน่วยงานของท่านมีวิธีการจูงใจให้ทำงาน.....	1 - 5	1 - 5	2.97	1.04
16. ท่านไม่ได้รับความเห็นอกเห็นใจจาก.....	1 - 5	1 - 5	3.54	1.10
การสนับสนุน	5 - 20	10-20	14.16	2.39
17. ท่านรู้สึกภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมการ.....	1 - 5	1 - 5	3.64	0.82
18. หัวหน้างานใส่ใจและให้การสนับสนุน.....	1 - 5	1 - 5	3.67	0.89
19. บุคลากรในหน่วยงานของท่านไม่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือ.....	1 - 5	1 - 5	3.57	1.12

บรรยากาศองค์กร	คะแนนบรรยากาศองค์กร			
	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	คะแนนรวมเฉลี่ย	S.D.
20. ในหน่วยงานของท่าน มีการจัดบรรยากาศ	1 - 5	1 - 5	3.28	0.93
ความยืดหยุ่นผูกพัน	5 - 20	7.20	14.03	2.54
21. ท่านตั้งใจว่าจะทำงาน.....	1 - 5	1 - 5	3.60	0.86
22. ท่านรู้สึกภูมิใจ.....	1 - 5	1 - 5	3.61	0.87
23. ท่านแนะนำ.....	1 - 5	1 - 5	3.35	0.96
24. ท่านคิดที่จะย้ายไปทำงานในหน่วยงานอื่นที่ให้การ.....	1 - 5	1 - 5	3.47	1.17

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางศศิวิมล ปานูราช
วัน เดือน ปีเกิด	26 กันยายน 2531
คุณวุฒิ	- ระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2554) - การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยเวชปฏิบัติ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ (2557)
ข้อมูลประสบการณ์ด้านการทำงาน	- พยาบาลประจำการ งานการพยาบาลผู้ป่วย อายุรกรรมหญิงสามัญ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2554 – ปัจจุบัน
E-mail	mai_prang@hotmail.com

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

ศศิวิมล ปานูราช และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2561). การประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาล Assessment of Nurses' Quality of Life. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(1), 129-143.

ศศิวิมล ปานูราช, เยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี. (2561). *ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. เอกสารนำเสนอในการประชุมวิชาการระดับชาติ “มศววิจัย” ครั้งที่ 11 วันที่ 29-30 มีนาคม 2561 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ณ อาคารนวัตกรรม ศาสตราจารย์ ดร.สาโรช บัวศรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.



ที่ ศธ 6922(2)/348



สถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุมนวิท 23 กรุงเทพมหานคร 10110

1 กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาบทความวิจัยการประชุมวิชาการระดับชาติ “มศว วิจัย” ครั้งที่ 11

เรียน นางสาวศศิมาถ์ ดำรงสิทธิ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดผลการพิจารณาบทความ

ตามที่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย กำหนดจัดการประชุมวิชาการระดับชาติ “มศว วิจัย” ครั้งที่ 11 ในวันที่ 29-30 มีนาคม 2561 ณ อาคารนวัตกรรมศาสตราจารย์ ดร.สาโรช บัวศรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นเวทีให้นักวิจัย คณาจารย์ นิสิต/นักศึกษา ได้เผยแพร่ผลงานวิจัย โดยแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ นวัตกรรม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาทางวิชาการของประเทศ และสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้พิจารณาคัดเลือกบทความเพื่อนำเสนอในการประชุมดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยบทความของท่านตามรหัสอ้างอิง SWJRES11-155 **ผ่านการพิจารณา** ให้นำเสนอในรูปแบบ บรรยาย โดยมีข้อเสนอแนะตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ซึ่งท่านจะต้องดำเนินการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะอย่างเคร่งครัด **ทั้งนี้ ขอให้ท่านปรับแก้บทความจากไฟล์ต้นฉบับที่มหาวิทยาลัยส่งแนบให้ทางอีเมลเท่านั้น และส่งบทความฉบับแก้ไขทาง E-mail: swjres2018@stic.msu.ac.th ภายในวันศุกร์ที่ 9 กุมภาพันธ์ 2561 หากไม่ส่งบทความฉบับแก้ไขตามวันที่กำหนด จะถือว่าท่านละสิทธิ์ในการนำเสนอผลงาน** สำหรับไฟล์ฉบับแก้ไขขอให้ส่งเป็นไฟล์ Microsoft word พร้อมตั้งชื่อไฟล์แก้ไขเป็น SWJRES11- รหัสบทความ.pdf02 ตัวอย่างเช่น SWJRES11-001.pdf02 และขอให้ท่านยื่นการเข้าร่วมนำเสนอผลงานในระบบ ระหว่างวันที่ 12-20 กุมภาพันธ์ 2561 สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายบริหารจัดการวิจัย โทรศัพท์ 02-649-5000 ต่อ 11017-11018, 11082

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปฐมทัศน์ จิระเดชะ)

ผู้อำนวยการสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย
ปฏิบัติการแทน อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ฝ่ายบริหารจัดการวิจัย

สถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย

โทรศัพท์ 02-649-5000 ต่อ 11018-11019

โทรสาร 02-259-1822

